

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Criando Laços - Intervenções do EEESMO
promotores da vinculação de pais e bebé
prematureiro na gravidez, parto e pós-parto**

Helena Isabel Fialho de Almeida Coelho

Lisboa

2015



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Criando Laços – Intervenções do EEESMO
promotores da vinculação de pais e bebé prematuro na
grevidez, parto e pós-parto**

Helena Isabel Fialho de Almeida Coelho

Orientador: Professora Helena Bértolo

Lisboa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e por fim deixá-lo tornar se uma personagem real do seu sonho.

(Sá, 1992)

Agradecimentos

Este trabalho constitui para mim um caminho. Um caminho de meses de duração, longo, intenso e duro de percorrer.

Este caminho, tanto pela minha inexperiência, como pelas suas características constitui um dos mais difíceis trilhos percorridos até então no meu percurso acadêmico.

Pela dureza própria do caminho e por todas as dificuldades que surgiram na minha caminhada e que necessitaram de ser ultrapassadas, compreendo que este percurso nunca se faz sozinho...

Desta forma, parecia-me incompleto se neste espaço não ficarem registados os meus sinceros agradecimentos para todos aqueles que através da sua singular e singela ajuda contribuíram gigantescamente para a minha caminhada fosse mais fácil.

É bem verdade que os desertos oferecem a paz e força necessária para os que ousam percorre-los, mas é de igual modo verdade que, sem os familiares, amigos, marido, enfermeiros e professores orientadores, assim como todos que nos ofereceram apoio incondicional o deserto tinha sido um lugar inóspito e sem vida. Esta dedicatória é para todos eles que me ofereceram o oásis necessário e que me fizeram acreditar que era possível terminar este percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DPP – Data Provável para o Parto

DUM – Data da Última Menstruação

EC I – Ensino Clínico I

EC II – Ensino Clínico II

EC III – Ensino Clínico III

EC IV – Ensino Clínico IV

EC V – Ensino Clínico V

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HCG – Hormona Gonadotrofina

ICM – International Confederation of Midwives

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este relatório representa o percurso efetuado na unidade curricular Estágio com Relatório inserida no 5º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua finalidade é dar a conhecer a aquisição de capacidades reflexivas e de cariz crítico e construtivo, suportando o desenvolvimento de competências especializadas e consolidadas pela evidência científica. Para além das competências específicas, focaliza-se ainda no desenvolvimento de competências na promoção da vinculação entre pais e bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto.

A metodologia utilizada foi a metodologia de trabalho de projeto, recorrendo-se à revisão sistemática da literatura. Foi formulada a questão PICO “Quais as intervenções de enfermagem especializadas que promovem a vinculação pais e bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto?” A pesquisa em bases de dados foi realizada através do motor de busca EBSCO, tendo sido selecionados quatro artigos. Para além disto, foram realizadas notas de campo, sendo os dados obtidos analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Como resultados pode-se destacar as seguintes intervenções promotoras da vinculação entre os pais e o bebé prematuro:

- Preparar os pais para a parentalidade prematura possibilitando expectativas realistas;
- Possibilitar um ambiente, psicológico e físico, facilitador do vínculo afetivo entre pais e bebé prematuro;
- Promover a interação precoce entre os pais e o bebé prematuro através de intervenções que possibilitem as demonstrações de afeto e desenvolvam comportamentos vinculativos nos pais e no bebé;
- Incentivo ao desenvolvimento das competências parentais tanto na amamentação como nas tarefas parentais.

Perante isto, cabe ao EEESMO recorrer a estes contributos para atuar de forma autónoma e gratificante na promoção da vinculação entre pais e bebé prematuro durante a gravidez, parto e pós parto, permitindo a vivência plena da parentalidade por estas unidades familiares prematuras.

Palavras-chave: Vinculação, Prematuridade, Cuidados de Enfermagem, Gravidez, Parto e Pós-Parto

ABSTRACT

This report presents the journey developed during the Internship with inserted Report curricular unit of the 5th Masters course in Maternal Health and Obstetrics Nursing of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. This report aims to demonstrate the acquisition of reflective competencies of critical and constructive nature that supported the development of specialized expertise consolidated by scientific evidence. In addition to the specific competencies, it also focuses on the development of competencies in promoting attachment ties in parents and premature baby during pregnancy, childbirth and postpartum. The project work was the used methodology, using the systematic literature review in order to answer the formulated PICO question "What are the specialized nursing interventions that promote attachment in parents and premature baby during pregnancy, childbirth and postpartum?". A research in databases was performed using the EBSCO search engine, four articles were selected. In addition, field notes were carried out and the obtained data were analyzed according to the content analysis technique. The results highlight the following interventions that promote the attachment between parents and the premature baby:

- Prepare parents to premature parenting enabling realistic expectations;
- Enable an environment, psychological and physical, facilitator of the emotional bond between parents and premature babies;
- To promote early interaction between parents and premature baby through interventions that allow demonstrations of affection and develop attachment behaviors in the parents and the baby;
- Encouraging the development of parenting skills both in breastfeeding as in the parental tasks.

Given this, it is the midwife nurse duty to use these contributions to act in an autonomously and rewarding way in the promotion of attachment between parents and premature baby during pregnancy, childbirth and postpartum, allowing the full experience of parenting by these premature households.

Keywords: Attachment, Prematurity, Nursing Care, Pregnancy, Delivery and Postpartum

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. A vinculação.....	14
1.2. A prematuridade	16
1.3. A gravidez, parto e pós-parto.....	17
1.4. Intervenções especializadas promotoras da vinculação de pais e bebê prematuro na gravidez, parto e pós-parto	18
1.5. Cuidar em Enfermagem: A teoria das transições de A. Meleis	20
2. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO.....	22
2.1. Definição de objetivos	22
2.2. Metodologia	23
2.3. Limites espaciais e temporais	24
2.4. Desenvolvimento de competências	24
2.5. Cronograma	27
3. CONTEXTUALIZAÇÃO PRÁTICA: IMPLEMENTAÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO	28
3.1. Descrição das atividades desenvolvidas.....	28
3.2. Resultados obtidos, análise e discussão dos achados	31
3.3. Considerações éticas.....	43
3.4. Limitações do relatório.....	45
3.5. Contributos do trabalho e sugestões para a área da prestação de cuidados	46
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLOGICA	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Construção da pergunta que norteou a Revisão Sistemática da Literatura	
APÊNDICE II – Critérios de Inclusão e exclusão	
APÊNDICE III – Fluxograma	

APÊNDICE IV - Quadro síntese das atividades

APÊNDICE V – Cronograma

APÊNDICE VI – Quadros síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura

APÊNDICE VII – Notas de Campo

APÊNDICE VIII – Achados presentes nas notas de campo

APÊNDICE IX – Caderno “Promover a vinculação pais-bebê prematuro”

APÊNDICE X – Quadro das atividades realizadas no Estágio

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro síntese dos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura	32
Quadro 2 – Categorias e subcategorias identificadas nas notas de campo	35

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, integrada no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), inserida na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi sugerida a elaboração de um relatório referente a uma problemática implícita na prática de cuidados especializados. Deste modo o presente estágio decorreu em contexto de sala de parto de uma unidade hospitalar da área de Lisboa, de 3 de Março de 2015 a 10 de Julho de 2015, sob a orientação da professora Helena Bértolo e dos enfermeiros César Calado e Paula Pereira.

O relatório de estágio é entendido como um documento que visa descrever o local onde foi realizado o estágio, informar o período de duração do mesmo, relatar as competências desenvolvidas, assim como a apresentar análises, observações de competências e sugestões referentes ao percurso realizado (Gonçalves & Biava, 2007). Assim, aspiro que este trabalho possa em si espelhar de forma científica, detalhada e crítica, as competências desenvolvidas, ações elaboradas, divulgar os resultados obtidos e refletir nas aprendizagens efetuadas ao longo do estágio.

A temática implícita na área da prestação de cuidados especializados que foi desenvolvida em contexto prático foi a vinculação pais-bebé, sendo a problemática a promoção da vinculação pais-bebé prematuro durante a gravidez, parto e pós-parto. A escolha desta temática emerge das minhas vivências pessoais e profissionais. A nível pessoal, da minha própria experiência de parentalidade de bebés prematuros e consciencialização das dificuldades sentidas na vinculação a esses filhos. De igual forma, do meu contato profissional privilegiado com inúmeros casais que vivenciaram a parentalidade prematura emergiu a confirmação da luta que esses pais enfrentam e das dificuldades sentidas na formação de vínculos com os seus bebés. Para além disso, trata-se de uma temática atual e pertinente, uma vez que, o nascimento de uma criança prematura é um acontecimento cada vez mais comum, sendo a sua viabilidade cada vez maior e consequentemente a percentagem de pais a vivenciar tais dificuldades na vinculação maior também. Segundo a OMS, mais de um em cada dez nascimentos em todo o mundo é de prematuros (WHO, 2012). Só em Portugal, no ano de 2013, dos 82 mil 787 bebés nascidos 7,8% foram prematuros (INE, 2014). O parto prematuro é considerado uma situação de risco para a relação inicial mãe-bebé (Brito

& Pessoa, 2006). Assim, no processo de cuidar, não pode ser descurado o bem-estar psicoafetivo presente e futuro desta unidade familiar também ela prematura, pois a realidade que está inerente a todo o processo de prematuridade de um filho engloba um risco acrescido de distanciamento dos pais, fator que condiciona a vinculação precoce dos pais ao bebé. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto implica alterações no processo de vinculação, uma vez que o contacto entre ambos fica comprometido. Em circunstâncias em que são reduzidas as competências do bebé para participar na interação com a mãe, como acontece na prematuridade, o intercâmbio e envolvimento dos pais com o bebé pode ficar lesado (Loureiro & Figueiredo, 2000). De acordo com Dias (2006), a própria imaturidade, a fragilidade do bebé e a dependência acentuada dos recursos técnicos e humanos para a sua sobrevivência, somados aos fantasmas a respeito do futuro, podem influenciar na vivência da maternidade e na formação do vínculo mãe-bebé. Assim sendo, a equipa de saúde em geral e a equipa de enfermagem em particular assumem um carácter fundamental na implementação de ações que minimizem esta dificuldade de estabelecer a tríade pais/prematuro, no contexto do vínculo afetivo.

Emerge então a questão norteadora deste estudo: **“Quais as intervenções de enfermagem especializadas que promovem a vinculação de pais e bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto?”** De facto, segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, ao prestar cuidados à mulher em trabalho de parto e no período pós-natal, o enfermeiro tem a competência de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que promovam a vinculação pais-bebé e a adaptação saudável à parentalidade independentemente das circunstâncias em que o parto ocorra. Ainda segundo as competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da International Confederation of Midwives (2010), as parteiras devem ministrar educação para a saúde para todos a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva. Pode então afirmar-se que o EEESMO assume um papel basilar na promoção do vínculo mãe/prematuro nos cuidados que desenvolve. Lembre-se que o vínculo materno é um processo cumulativo que se inicia antes da concepção, fortalece-se por momentos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto mãe-filho durante o período neonatal e a primeira infância (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011).

Pelo que a equipa de enfermagem pode afirmar-se de forma decisiva na promoção da vinculação, através de estratégias que visem a sua promoção junto dos pais e recém-nascido prematuro.

Posto isto, a finalidade deste trabalho é dar a conhecer a aquisição de capacidades reflexivas de cariz crítico e construtivo, suportando o desenvolvimento de competências especializadas e consolidadas pela evidência científica. Na antevisão do estágio, foram delineados objetivos gerais tendo por base a legislação da formação de parteiras e as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, publicado no Diário da República, 2.^a série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, intitulado Regulamento n.º 127/2011, assim como as competências descritas pela International Confederation of Midwives, sendo eles:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/otimização à vida extra-uterina;
- Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo como foco a promoção da vinculação pais-bebê prematuro na gravidez, parto e pós-parto;
- Analisar e refletir sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstetrícia;
- Apresentar as competências adquiridas, com vista à obtenção do Curso de Especialização em Enfermagem de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;

- Refletir sobre as experiências de aprendizagem e resultados obtidos, à luz da evidência científica.

Foram definidos ainda como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre estratégias promotoras de vinculação dos pais ao bebê prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a vinculação dos pais ao bebê prematuro na gravidez, parto e pós-parto;
- Identificar intervenções de enfermagem promotores da vinculação dos pais ao bebê prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- Realizar ações que promovam a vinculação dos pais ao bebê prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- Mobilizar os pais e os profissionais de saúde para desenvolverem ações que beneficiem a vinculação dos pais aos seus filhos prematuros;
- Refletir sobre as práticas clínicas.

Os modelos teóricos de Enfermagem são bússolas orientadoras que guiam o pensamento e a tomada de decisão; desta forma, constituem métodos teórico-práticos dirigidos à ciência do cuidar e possibilitam a sistematização e organização do pensamento. Irei recorrer ao Modelo Teórico de Afaf Meleis, que é fundamentado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000).

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo realizo o enquadramento teórico e no segundo capítulo será desenvolvido um enquadramento metodológico. O terceiro capítulo corresponde contextualização prática, implementação e consecução do projeto. O quarto capítulo será a reflexão sobre as competências do EEESMO e o último capítulo uma reflexão final.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será realizado um breve enquadramento teórico. Abordar-se-á a temática da vinculação, da prematuridade, da gravidez, parto e pós parto, as intervenções de enfermagem promotoras da vinculação dos pais ao filho prematuro na gravidez, no parto e no pós parto e posteriormente far-se-á uma revisão da teoria das transições de A. Meleis.

1.1. A vinculação

A vinculação caracteriza a relação mãe-filho que consiste na busca e na manutenção da proximidade de um outro indivíduo, assim os comportamentos do recém-nascido têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação (Bowlby, 2002). Os autores Klaus e Kennell, segundo Silva & Lopes (2008), introduziram o termo *bonding* em 1976 para nos falarem da relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. Esta relação verificar-se-ia desde que se estabelecem os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, assim como a sua formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto. De facto, admite-se hoje que durante a gravidez e após o nascimento o bebé possua um aparelho mental que, apesar de ainda não estar completamente desenvolvido, lhe permite interagir com o mundo interno e externo, sendo esta característica facilitadora e promotora da vinculação (Sá, 2001).

Todavia, pode ser difícil para a mãe tocar, pegar ao colo e ligar-se afetivamente a um bebé com um aspeto tão frágil e que pode não sobreviver como acontece em muitos casos de prematuridade. Apesar de na literatura se salientar a importância do contacto corporal precoce mãe-bebé, é necessário ensinar estas mães a tocar nos seus bebés, porque são elas próprias, muitas vezes, «mães prematuras», o que adiciona mais uma dificuldade à já difícil, só por si, interação precoce nestas díades. A mãe que está preparada para tocar interage mais, é mais colaborante com os técnicos de saúde e interage mais positivamente com o seu bebé com todas as consequências benéficas que daí podem advir (Justo, 1997).

O nascimento de um bebé pré-termo é uma situação geradora de grande ansiedade, que acontece num momento em que o casal está ainda a preparar-se para o

desempenho da paternidade (Ferreira & Costa, 2004). Os pais são muitas vezes forçados a enfrentar um internamento de duração, percurso e desfecho desconhecidos, sendo acometidos por uma multiplicidade de sentimentos. Os sentimentos de impotência e de incapacidade podem ser agravados pelas barreiras físicas colocadas ao contacto com o bebé, nomeadamente a incubadora e os aparelhos de monitorização, que reduzem as possibilidades de interação. As máquinas são entendidas ao mesmo tempo como imprescindíveis para o bebé e para a sua sobrevivência, mas também como ameaçadoras, porque podem anular o papel de mãe (Fonseca & Magão, 2007).

Brazelton (2004) explica que o comportamento do bebé e as reações instintivas dos pais cruzam-se na fase que se segue ao nascimento, para favorecer o desenvolvimento da vinculação entre ambas as partes. Assim, os pais atravessam cinco fases progressivas antes de encararem o bebé como seu e antes de confiarem em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele. Na primeira relacionam-se com o bebé através da informação recebida pelos profissionais de saúde acerca da química do corpo, oxigénio e gases sanguíneos. Na segunda observam e sentem-se encorajados pela presença dos reflexos automáticos que observam aquando da manipulação pelos profissionais, mas não tentam reproduzi-los. Na terceira, apercebem-se dos sinais responsivos do bebé (virar-se para a voz ou agarrar). Mas estas respostas são vistas apenas quando outra pessoa as provoca. Têm dificuldade em produzi-los eles mesmos. Na quarta atrevem-se a produzir os movimentos de resposta, começam a sentir-se pais deste bebé. Na quinta quando tentam pegar no bebé, tê-lo ao colo, embalá-lo, ou mesmo alimentá-lo, os pais consomem a vinculação. Na mesma linha de pensamento, segundo Brasil (2002) existem cinco passos para a consolidação do vínculo, em caso de nascimento prematuro. Em primeiro lugar a importância dos relatórios médicos, posteriormente, o comportamento diário da equipa de saúde, a observação da interação entre recém-nascido e o profissional de saúde, o contacto direto entre pais e recém-nascido e finalmente a participação nos cuidados diários ao recém-nascido ajudam a consolidar os afetos e a encarar o recém-nascido como a pessoa que realmente é.

1.2. A prematuridade

Desde 1993 que, segundo a OMS, se define prematuro ou pré-termo quando os bebês nascem antes das 37 semanas de idade gestacional. O prematuro é um ser humano que está constantemente a interagir com o seu ambiente, num processo permanente de mudança. O bebê é modificado e modifica o ambiente. As experiências precoces são extremamente importantes para o desenvolvimento físico, psicológico e social (Campos, 2000).

O parto pré-termo é um fator de risco para os bebês e para os pais. Nos bebês, pelas elevadas incapacidades neuro-desenvolvimentais que provoca (Ananth & Vintzileos, 2006). Nos pais, pela interrupção prematura do tempo de gravidez, que ocorre num momento de grande construção e desenvolvimento pessoal dos pais e do bebê, tornando esses pais, também eles, prematuros (Justo, 1997). Os pais que têm bebês prematuros precisam manter um equilíbrio entre dois processos antagónicos: o da dor e o da ligação. Os passos para a vinculação passam aqui por uma reação de luto/perda pelo bebê perfeito que aguardavam (Jorge, 2004). Os pais sofrem pela perda do bebê perfeito que imaginavam e pelos defeitos do bebê real que conceberam (Brazelton, 1992). A relação que os bebês prematuros estabelecem com as mães pode estar plena de dificuldades. A prematuridade por si só é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce, devido ao impacto negativo que tem nos pais (Campos, 2000). A aceitação do bebê pelo pai é também um fator muito significativo no desenvolvimento da ligação materna ao bebê. A vinculação entre pais (homens) e filhos costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e durante o desenvolvimento da criança (Maldonado, 1986).

1.3. A gravidez, parto e pós-parto

A gravidez é um processo onde ocorrem transformações biológicas, psicológicas, fisiológicas e sociais. É um momento de crescimento que pode ser extraordinariamente enriquecedor para a mulher (Campos, 2000). Emocionalmente, a gravidez tem início antes de a mulher estar, realmente, grávida (Colman & Colman, 1994). Segundo Brazelton & Cramer (2007), a vinculação, longe de ser inata, é sim um processo que se adquire desde logo na projeção do desejo de ter um filho. Ainda segundo estes autores, existem quatro momentos de vinculação pré-natal dos pais ao bebé. O primeiro relaciona-se ao desejo de gravidez e consequente organização de um bebé imaginário. A segunda fase, envolve a audição dos batimentos cardíacos fetais, concretizam uma dimensão de vida. O terceiro momento é o da visualização da primeira ecografia dando acesso à imagem real do bebé. Por fim, o sentir dos movimentos fetais proporciona aos pais a ideia da individualidade do feto (Camarneiro, 2007). O parto é o grande encontro com o bebé real (Bayle, 2006). Depois do choque de parir prematuramente, a mãe, frequentemente, tem dificuldades na atribuição de causas específicas para o parto, interrogando-se automaticamente sobre o seu papel no parto pré-termo: o porquê de não ter conseguido levar a gravidez até ao final; será que havia algum defeito da sua parte ou do bebé, o que fez ao bebé, são algumas das questões colocadas pela mãe prematura (Brazelton, 1995). No parto deve dar-se aos pais e ao bebé um tempo íntimo em conjunto a fim de que a vinculação possa desenvolver-se neste momento tão recetivo (Brazelton, 1992). É, de facto, fundamental que no parto se proporcione um ambiente de maior afetividade e de um contacto contínuo dos pais com o bebé nas primeiras horas Rappaport, Fiori & Herzberg (2008). A possibilidade da mãe conversar e aconchegar o bebé de encontro a si, acarinhando-o logo após o nascimento, criando imediatamente elos com ele é de máxima importância. Uma simples hora passada em conjunto, quando possível, depois do nascimento, pode ter um efeito duradouro, tanto na mãe como no filho (Pocinho, 1999). Entre ela e o bebé instala-se uma linguagem particular só reconhecível entre eles, macaquices que os divertem e que desencadeiam a euforia mútua, a cumplicidade e articulação entre eles (Bayle, 2006). A importância do contacto direto ou indireto com a mãe pode ser determinante na adequação da sua imagem mental do filho, o que poderá facilitar o primeiro encontro e o processo de

vinculação. Assim, se a mãe não pode estar junto do seu filho, o pai é estimulado a visitá-lo, acariciá-lo e mesmo a prestar-lhe cuidados (Jorge, 2004). A condição emocional dos pais é hoje reconhecida como da maior importância para o estabelecimento da interação, para o desenvolvimento de uma relação de vinculação positiva e para as atitudes educativas em geral (Campos, 2000).

A interação mãe-bebé estabelece-se a três níveis: comportamental, afetivo e fantasmático. As interações comportamentais ou interações reais, são aquelas que se observam diretamente entre o bebé e a mãe e que compreendem comportamentos corporais, visuais e vocais. Os comportamentos corporais manifestam-se através dos contactos cutâneos, da forma como a mãe segura, manipula e toca o seu bebé e como este molda o seu corpo de modo a se adaptar. Os comportamentos visuais estão relacionados com o olhar e as mímicas. Os comportamentos vocais englobam as vocalizações; nestes salientam-se os gritos e choro, dada a sua importância enquanto primeira linguagem do bebé (Albuquerque, Coimbra, Grilo & Carmaneiro, 2009).

1.4. Intervenções especializadas promotoras da vinculação de pais e bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto

Os profissionais de saúde no geral e os enfermeiros em particular, em especial o EEESMO, têm um papel fundamental na construção da vinculação dos pais ao recém-nascido prematuro. Apresentarei seguidamente alguns dos resultados obtidos na revisão crítica da literatura sobre quais as intervenções que promovem a vinculação dos pais ao bebé prematuro durante a gravidez, parto e pós-parto.

Segundo Guimarães & Monticelli (2007) os aspetos promotores da formação do apego entre os pais e o bebé prematuro são os cuidados pré-natais adequados, a preparação prévia por parte dos casais para o evento do parto prematuro e a troca de experiências com pais em situações similares. Lafuente & Aparici (2009) acrescentam que os comportamentos que favorecem a vinculação são o planeamento da gravidez, a frequência de consultas de vigilância de gravidez, a visualização do feto ou das suas ecografias, boa relação entre o casal e características da personalidade (autoconfiança, autonomia, facilidade de adaptação). Como defende Heinowitz (2005), são exemplos de comportamentos promotores de vinculação pré natal falar para o feto, fazer preparativos para a vinda do bebé e imaginar abraçá-lo ou tocá-lo,

ler sobre o desenvolvimento fetal, ouvir o coração do feto, acariciar o abdómen da grávida, frequentar aulas de preparação para o nascimento e sentir os movimentos fetais. Neste sentido, Brazelton & Cramer (2007) referem que o bebé traz consigo capacidades sensoriais facilitadoras da vinculação, que devem ser transmitidas aos pais, de forma a preparar e engrandecer esta interação inicial com o bebé. De facto, Guimarães & Monticelli (2007) menciona que são aspetos promotores da formação do apego entre os pais e o bebé prematuro, o acompanhamento por parte da grávida da pessoa significativa no parto, nos períodos pré-parto e pós-parto. Os pais poderem olhar, tocar ou sentir o bebé no momento do nascimento, mesmo que por curto período de tempo, são aspetos promotores da formação do apego entre os pais e o bebé prematuro no parto (Guimarães & Monticelli, 2007). Ainda segundo o mesmo autor os aspetos facilitadores da vinculação no pós parto incluem cuidados prestados com afetividade por parte da equipa de saúde, intercâmbio de informações entre a equipa de saúde e os pais acerca das condições clínicas do recém-nascido, a existência de um profissional de referência para os pais (preferencialmente a enfermeira da neonatologia), flexibilidade de horários para a visita à neonatologia, maior permanência possível com o prematuro, envolvimento dos pais no cuidado direto ao prematuro, a possibilidade de contacto corporal com o recém-nascido, como pai ou mãe e poder amamentar o recém-nascido prematuro (Guimarães & Monticelli, 2007). Na opinião das enfermeiras, a aplicação do cuidado mãe canguru em mães cujos recém-nascidos se encontram internados em unidades neonatais, tem resultados benéficos tanto para a mãe como para o recém-nascido, aumentando a vinculação entre ambos, a afeição materna e envolvendo a mãe nos cuidados ao recém-nascido. De acordo com estas enfermeiras, o toque era o fator mais importante da aplicação do cuidado mãe canguru (Valizadeh, Ajoodaniyan, Namnabati, Zamanzadeh & Layegh, 2013).

1.5. Cuidar em Enfermagem: A teoria das transições de A. Meleis

A teoria de médio alcance de Meleis é fundamentada nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital.

Esta teoria descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que orientam as terapêuticas de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Para Meleis, a pessoa é compreendida como um ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças, mas devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta um desequilíbrio (Meleis, 2012). Sendo que a saúde se revela por consciencialização, capacitação, controlo e mestria na vida. Nos momentos de crise destrói-se este equilíbrio, colocando as pessoas na iminência de uma transição (Meleis, 2007). A Enfermagem tem o objetivo de ajudar as pessoas facilitando as transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar; mestria; nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia das pessoas pode ser mobilizada (Meleis & Trangenstein, 1994). Esta interação enfermeiro/cliente constrói-se em torno de uma intenção que conduz a ação para facilitar, promover ou restaurar a saúde (Meleis, 2007). Assim, Meleis (2012) define transição como o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes e os eventos de vida produzem desequilíbrio entre dois períodos e tempo estáveis. Para a prática de enfermagem, foram definidos quatro tipos de transição centrais, vividas individualmente pelas pessoas ou pelas famílias, elas são: desenvolvimentais (associadas a mudanças no ciclo vital); saúde/doença, situacionais (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis); e organizacionais (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Quanto às transições desenvolvimentais, a parentalidade tem sido a que recebe maior atenção por parte da Enfermagem (Meleis, 2010). A gravidez é um marco importante na vida de uma mulher constituindo o momento de transição para a parentalidade. A capacidade da mulher para se adaptar às mudanças e desafios da gravidez afeta a sua saúde física e mental, influenciando, também, a saúde do bebé em desenvolvimento (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999). Como refere Maldonado (1986), a gravidez, o parto e o

puerpério representam períodos críticos de transição do ciclo vital da mulher, diríamos o mesmo relativamente ao homem e constituem verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e de “amadurecimento” emocional. Transição de papéis implica, assim, mudança de papéis, quer a nível dos relacionamentos, expectativas ou capacidades a desenvolver. Esta mudança de papel requer que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere o seu comportamento e altere a sua definição de si próprio e do seu contexto social (Meleis, 2010). Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado para estar a par das necessidades psicológicas e sociais das pessoas durante períodos em que ocorrem transições de papéis e para providenciar as intervenções necessárias para os ajudar neste processo de mudança. Assim, ao exercerem um cuidado transacional humano, os enfermeiros estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada estágio de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade, o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2012). Numa relação transacional com o outro, o enfermeiro vive uma experiência existencial que permite tanto o seu conhecimento como o do outro.

2. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

Neste capítulo irão ser apresentados os objetivos do projeto, a descrição da metodologia, definição dos limites espaciais e temporais, descrição das tarefas a realizar e o respetivo cronograma

2.1. Definição de objetivos

Foi definido como objetivo geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo como foco a promoção da vinculação pais-bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto. Como objetivos específicos foram delineados:

- i. Aprofundar conhecimentos sobre estratégias promotoras de vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- ii. Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto;
- iii. Identificar intervenções de enfermagem promotores da vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- iv. Realizar ações que promovam a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- v. Mobilizar os pais e os profissionais de saúde para desenvolverem ações que beneficiem a vinculação dos pais aos seus filhos prematuros;
- vi. Comparar os resultados obtidos através da revisão da literatura com a análise e discussão dos achados colhidos e os resultados obtidos;
- vii. Refletir sobre as práticas clínicas.

2.2. Metodologia

É no decurso da fase metodológica, que cabe ao investigador determinar quais os métodos que utilizará para dar resposta aos objetivos delineados e à questão de partida enunciada, assim sendo, será adotada a **metodologia de trabalho de projeto**. Tendo em conta a temática abordada, foi formulada a questão de partida que norteou a revisão sistemática¹ da literatura: **Quais as intervenções de enfermagem especializadas (Intervenção) que promovem a vinculação (Resultado) de pais e bebé prematuro (Participantes) na gravidez, parto e pós parto?** A construção desta questão teve na sua génese a estratégia **PICO**. As palavras-chave são: intervenções de enfermagem, vinculação, prematuro, gravidez, parto e pós-parto. Relativamente à pesquisa, esta foi realizada no motor de busca EBSCO, nas bases de dados *MEDLINE* e *CINHAL*, *Science direct* e *Scielo*, periódicos e livros. No que respeita às bases de dados foram selecionados os seguintes descritores: *Tríade/Triad, mother-child, father-child; Cuidados de enfermagem/Nursing care/Midwife interventions; Vinculação/Bonding/Attachment; Prematuro/prematuridade/Premature/ preterm birth; Gravidez/pregnancy, Trabalho de parto/Labor, delivery, Pós-parto/ puerperium*. Acrescido a isto, foram ainda estabelecidos igualmente critérios de inclusão e exclusão. Os **critérios de inclusão** definidos foram: Estudos e/ou literatura que indiquem, descrevam e/ou explorem a vinculação dos pais ao prematuro na gravidez, parto ou pós-parto; Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2010; Literatura de referência; Disponibilidade do texto em completo. Os **critérios de exclusão** foram: Estudos e/ou literatura que não indiquem, descrevam e/ou explorem a vinculação dos pais ao prematuro na gravidez, parto ou pós-parto; Estudos associados a situações com patologias clínicas; Artigos escritos noutras línguas, que não o Português, Inglês ou Espanhol; Artigos publicados antes do ano 2010; Artigos repetidos nas bases de dados consultadas; Indisponibilidade do texto em completo. Para que seja melhor compreendido o percurso realizado foi elaborado um fluxograma (Apêndice III). A evidência científica recolhida é apresentada sob a forma de quadros.

¹ Embora seja usado o termo de revisão sistemática da literatura, não se pode considerar que tenham sido cumpridos todos os requisitos científicos obrigatórios para a realização da mesma.

2.3. Limites espaciais e temporais

A aplicação deste trabalho encontrar-se-á delimitado a nível de espaço e tempo de acordo com a realização do estágio, tendo este temporalmente decorrido de 3/3/2015 a 10/7/2015. Relativamente ao contexto físico onde decorreu o estágio com relatório foi num Serviço de Bloco de Partos de uma maternidade de Lisboa. Sumariamente, no que se refere à estrutura física este serviço, encontra-se dividido da seguinte forma: Uma Sala de Partos, constituída por 1 Sala de Trabalho, 11 Quartos para Trabalho de Parto e 1 Sala para prestação de Cuidados ao Recém-nascido; Um Serviço de Urgência, constituído por 1 Sala de Triagem, 3 Gabinetes Médicos e 1 Sala de Observação; Um Bloco Operatório, constituído por 2 Salas Operatórias, 1 Recobro e 1 Unidade de Cuidados Intensivos.

2.4. Desenvolvimento de competências

Neste contexto de EC em sala de partos o EEESMOG deve adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as seguintes competências específicas definidas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica:

H2 – “Cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal”;

H3 – “Cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto”;

H4 – “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”.
(Ordem dos enfermeiros, 2010^a, p.2)

O mesmo regulamenta a International Confederation of Midwives:

Competência nº1 - Possuir os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé (ICM, 2010);

Competência nº 4 - Prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto (ICM, 2010);

Competência nº 5 – Prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o pós-parto (ICM, 2010).

Para este Estágio com Relatório, além do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que me possibilitem promover a saúde da mulher e sua família durante o período de trabalho de parto e puerpério imediato, e sabendo que um profissional competente sabe articular as sequências das ações tendo em vista alcançar um objetivo exequível, pressupõem-se:

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que me permitam cuidar da mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, tendo como foco de atenção privilegiado a promoção da vinculação pais-bebê prematuro.

As atividades desenvolvidas para que possam ser alcançados os objetivos inicialmente propostos irão ser descritas seguidamente. De salientar que estas se encontram organizadas de acordo com os objetivos definidos e finalidades das mesmas.

✓ Estágio com Relatório

No contexto do Serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de Obstetrícia existe o contacto com casais grávidos, muitos deles com idades gestacionais inferiores às 37 semanas. Muitos destes casais são-lhes diagnosticadas condições patologias que os colocam em risco de terem partos prematuros, outros são admitidos no serviço de urgência já em trabalho de parto, antes das 37 semanas de gestação. Assim, neste contexto, deseja-se capacitar os pais a vincularem-se com os seus bebés durante o estágio da gravidez em que se encontram, ou durante o trabalho de parto pré-termo, se for esse o caso. Assim, as tarefas planeadas foram as seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre estratégias promotoras de vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto através da realização de uma revisão sistemática da literatura sobre a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto;
- Identificar intervenções de enfermagem promotores da vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- Realizar ações que promovam a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;
- Mobilizar os pais para desenvolverem ações que beneficiem a vinculação dos pais aos seus filhos prematuros;

- Contribuir para a consciencialização dos profissionais de saúde da importância da promoção da vinculação de pais e filhos prematuros na gravidez, parto e pós parto;
- Refletir sobre as práticas clínicas, das vivências e das experiências.

No decorrer do estágio, planeia-se o desenvolvimento de estratégias como a elaboração de **diários de aprendizagem**, com o objetivo de espelharem o desenvolvimento de competências específicas e aquisição de novos saberes, levando assim a uma prática de humanização do cuidado à mulher.

A operacionalização e implementação das atividades e estratégias delineadas implicam, para além da prática reflexiva e de uma prática baseada na evidência, a mobilização de todos os contributos da **observação participante**, recolhidos ao longo do estágio, no âmbito da prestação de cuidados. A observação participante possibilita uma compreensão profunda do comportamento humano, através da interação entre o meio envolvente e o observador. De acordo com Queiroz, Vall, Souza & Vieira (2007), a observação participante proporciona uma visão ampla e detalhada de uma realidade, resultante da interação observador e meio, podendo servir de base para o planeamento de estratégias.

No decurso do estágio realizou-se também a redação de **notas de campo**, resultante da minha interação com as parturientes na prestação de cuidados durante o trabalho de parto e pós-parto. De acordo com Bogdan & Biklen (2006), as notas de campo são um relato descritivo-reflexivo, em que a descrição demonstra a preocupação de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas estabelecidas, para que o leitor consiga compreender a situação vivenciada. As notas de campo foram posteriormente analisadas, de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Esta é uma das técnicas que surge como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Vala, 2001). Assim, a finalidade desta técnica é fazer inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens e a desmontagem de um discurso e a produção de um novo discurso através de um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise (Vala, 2001).

2.5. Cronograma

Inerente à planificação existe o cronograma, sendo fundamental no acompanhamento da formação (Apêndice V).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO PRÁTICA: IMPLEMENTAÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo será realizada uma contextualização prática da implementação e consecução do trabalho, sendo descritas as atividades desenvolvidas, os resultados obtidos, assim como, a respetiva análise dos mesmos. Abordar-se-á ainda as considerações éticas, as limitações deste trabalho, assim como as sugestões para a prática de Enfermagem.

3.1. Descrição das atividades desenvolvidas

Tendo em conta a realidade encontrada no contexto de ensino clínico, houve necessidade de reformular, modificar ou ajustar as atividades e tarefas que se pretendia desenvolver com a implementação do projeto. Neste capítulo será descrito o percurso realizado na aplicação prática do projeto ao longo do caminho efetuado no estágio.

A primeira atividade desenvolvida no contexto de estágio foi integrar-me no local, permitindo-me conhecer as dinâmicas, especificidades e peculiaridades deste contexto, as suas metodologias de trabalho e os seus protocolos. De forma informal, fui auscultando os enfermeiros orientadores e os restantes elementos da equipa de enfermagem (inclusive a enfermeira chefe), para compreender como eram abordados os casais em risco de ter filhos prematuros, e quais as estratégias já implementadas no serviço que promovessem a vinculação destes pais aos seus filhos e a sua transição para a parentalidade prematura. Estabeleci então um contacto privilegiado com enfermeiros pertencentes a um grupo de trabalho que se encontrava a desenvolver um projeto na área da vinculação pais-filhos na sala de partos, oferecendo-me para, junto com eles, trabalhar especificamente a vinculação na prematuridade. Voluntariei-me para construir um livro sobre estratégias de promoção de vinculação pais-bebé prematuro durante o parto, a ser fornecido a pais com risco de parto pré-termo, constituindo assim uma fonte de informação fidedigna e realista

ao dispor destes pais². Neste contexto, fui ainda convidada a participar numa sessão de formação em serviço para a equipa multidisciplinar deste serviço (organizada por este grupo de trabalho), onde pude apresentar este livro por mim construído (Apêndice IX). A aceitação por parte da equipa multidisciplinar foi positiva, e o livro passou a ser imediatamente utilizado no serviço. Neste período surgiu a necessidade sentida por parte da equipa, da existência de um local próprio para registar as intervenções desenvolvidas com os casais e com os seus filhos relativamente à promoção da vinculação pais-bebé. Assim, colaborando com o grupo de trabalho local, foi reformulada a folha de registo de enfermagem, sendo desenvolvido um campo próprio onde se regista o desenvolvimento de contacto pele-a-pele, o tempo de duração do contacto e se tinha havido promoção da amamentação na 1ª hora de vida. Foi ainda conseguido junto da equipa multidisciplinar o compromisso de realização de contacto pele-a-pele, mesmo em partos distócicos, inclusive em casos de cesariana, tendo durante o meu estágio tido a possibilidade de observar este ponto ser efetivamente realizado³. Evidencio como este trabalho desenvolvido se relaciona com a medida 4 da Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés, ajudando as mães a iniciarem a amamentação precocemente, ou seja, na primeira meia hora de vida. Sinto que, o desenvolvimento deste trabalho pode ter constituído uma muito singela e humilde contribuição pra a requalificação desta unidade de saúde como Hospital Amigo dos Bebés.

Neste ambiente propício e fértil, pude facilmente explorar junto dos casais grávidos internados no serviço, quais os seus conhecimentos em termos de promoção da vinculação com os seus filhos pré-termo e a sua preparação psicológica e emocional para a parentalidade prematura. De igual forma, consegui elucidar os pais sobre as estratégias de promoção de vinculação entre eles e os seus filhos pré-termo e convidá-los ao desenvolvimento dessas mesmas estratégias. Por fim, durante o meu estágio desenvolvi intervenções de promoção da vinculação pais-bebé prematuro, envolvendo os pais no parto, tendo em conta as suas expectativas, proporcionando-

² A maioria da investigação nesta área incide no estudo das dimensões que podem afetar o *bonding*, privilegiando a análise do impacto de diversas circunstâncias relativas: à mãe (como a contribuição dos níveis hormonais e características psicológicas); ao bebé (sexo e prematuridade); às condições em que decorre o parto e o pós-parto (nomeadamente, o impacto do contacto imediato/separação do bebé e dos diferentes tipos de parto) e às normas sociais e culturais vigentes (Figueiredo, 2005).

³ Segundo Figueiredo (2003), o tipo de parto pode influenciar a qualidade da vinculação. O parto é considerado, pela maioria das mães, como uma experiência difícil devido à dor sentida, dor, esta, que pode interferir no estado emocional da mãe após o parto. A intensidade da dor de parto é uma dimensão relevante na qualidade do envolvimento emocional materno com o bebé, sendo que entre o terceiro e quinto dia do puerpério, o *bonding* é inversamente proporcional aos níveis de dor. A ligação da mãe ao bebé está favorecida no parto normal, relativamente aos partos instrumentais e partos com epidural (Figueiredo, 2005).

lhes o corte do cordão umbilical, facilitando o contacto físico precoce destes com o bebé⁴, fomentando a amamentação⁵ e interações entre eles e o bebé (ver, falar, acarinhar, beijar, embalar, abraçar⁶) (Apêndice X).

Devo acrescentar, que me senti privilegiada ao poder realizar os ensinamentos clínicos anteriores nesta mesma instituição, possibilitando o estabelecimento de uma relação com a mesma, desenvolvendo um percurso estável e harmonioso baseado nos objetivos iniciais e criando uma imagem pessoal, profissional e como estudante de uma determinada organização. Assim, senti que os objetivos alcançados facilmente neste estágio, nada mais foram que o culminar de um caminho lentamente construído neste percurso de me tornar enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia. Assim alguns contributos que sinto que constituíram a diferença neste resultado e sem os quais este caminho estaria incompleto se não fossem mencionados. Portanto, na realização do EC II, no contexto do serviço de Puerpério, foram exploradas quais as lacunas sentidas por pais de bebés prematuros na gravidez, parto e pós-parto⁷ e desenvolvidos contactos com pais e recém-nascidos prematuros, ensinando-os e incentivando-os na vinculação com os seus bebés. Neste EC pude desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados a puérperas e recém-nascidos internados no serviço de puerpério e suas famílias, promovendo a vinculação dos pais ao bebé na vivência da parentalidade saudável. Neste âmbito, surgiu a oportunidade de contactar com a equipa do “Banco do Bebê” na vertente da visita domiciliária. Foi também consultado um perito na área da vinculação dos pais ao recém-nascido prematuro, tendo sido realizada uma entrevista informal a essa profissional, que desenvolveu um mestrado na área da Saúde Mental e Psiquiátrica relacionado com a promoção da vinculação na tríade mãe-pai-bebé prematuro. Por fim, foram realizadas sessões de sensibilização aos profissionais do Serviço de Puerpério sobre a promoção da

⁴ Quando o contacto pele a pele é favorecido durante os primeiros dias do pós-parto, o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido é beneficiado (Figueiredo, 2005).

⁵ Segundo Windstrom a amamentação também pode interferir na qualidade da vinculação materna. Quando os lábios do bebé tocam os mamilos da mãe na primeira hora de vida, a mãe, geralmente, decide manter o recém-nascido junto de si por mais tempo do que quando isso não acontece (Figueiredo, 2005).

⁶ A vinculação materna ao bebé é uma relação emocional única, específica e duradoura que se estabelece de um modo gradual desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Desde o nascimento, o bebé assume um papel importante no estabelecimento de relações com o objeto materno, mostrando competências muito precoces de discriminação e diferenciação relativamente ao que o rodeia (Figueiredo, 2003). Imediatamente após o nascimento, o bebé consegue ter uma atenção focal e é capaz de diferenciar imagens, vozes e sons (Hsu & Fogel, 2003).

⁷ Geralmente, o parto pré-termo ocorre de forma urgente, não havendo preparação psicológica do final da gravidez, e estes pais, também prematuros, foram apanhados de surpresa, não se sentindo prontos para receber o bebé (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009).

vinculação dos pais ao prematuro, nomeadamente através do convite para a implementação do método canguru no serviço de puerpério.

Gostaria ainda de acrescentar que no EC V pude desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados a recém-nascidos internados na unidade de neonatologia e suas famílias, promovendo a vinculação dos pais ao recém-nascido prematuro⁸. Neste contexto, tive a oportunidade de desenvolver ações promotoras do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros, como forma de vinculação pais/recém-nascido, tendo para tal sido realizado um momento de partilha de conhecimentos com os profissionais da unidade de neonatologia.

Por fim, gostaria de salientar que, no contexto do EC IV, pude desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida hospitalizada/casal, em situação de risco materno-fetal, diagnosticando precocemente e atuando de forma a prevenir e/ou minimizar complicações para a saúde da puérpera e feto. Neste contexto, pude contactar com casais grávidos com gravidezes de risco, muitos dos quais com previsões clínicas de nascimentos prematuros. Tendo em conta o risco de prematuridade, tornou-se meu objetivo neste contexto capacitar estes pais a vincularem-se com os seus bebés durante a gravidez e no parto prematuro; caso se torna-se uma realidade, formando as bases da vivência de uma parentalidade saudável. Desta forma, foram desenvolvidos cuidados promotores da vinculação entre os casais e o feto, tendo sido elaborado um documento para o serviço sobre desenvolvimento fetal ao longo da gravidez, e as estratégias de vinculação mãe-bebé.

3.2. Resultados obtidos, análise e discussão dos achados

A obtenção dos resultados para este trabalho teve por base o confronto dos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura (Apêndice VI) e as notas de campo efetuadas durante o estágio (Apêndice VII). Seguidamente será apresentado um quadro síntese desses resultados.

⁸ As mães de bebés pré-termo apresentam mais dificuldades no estabelecimento de interações positivas e adequadas com o bebé, uma vez que o nascimento pré-termo é um acontecimento imprevisto que provoca elevados níveis de *stress*, sendo que a mãe muitas vezes apresenta sintomas de ansiedade e depressão, havendo inibição do contacto à nascença, quando comparadas com mães de bebés de termo (Valente & Seabra-Santos, 2011).

Quadro 1 – Quadro síntese dos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura

Nº	Titulo	Autores	Ano	Resultados
1	What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted?	Tracey Evans, Koa Whittingham, Roslyn Boyd	2012	<p>Foi demonstrado existir uma relação significativa entre as variáveis fuga experiencial, satisfação na relação, expectativas pré-natais e suporte pós-parto com a vinculação materna, o aparecimento de patologia psicologia materna e a responsabilidade materna.</p> <p>Deverão ser levados a cabo intervenções que promovam a vinculação materna incentivando o apoio psicológico de forma a melhorar as relações afetivas da grávida, disponibilizando informação sobre partos pré termo, para possibilitar expectativas realistas da maternidade prematura às mães de recém-nascidos pré-termo. Isto poderá potencialmente melhorar a vinculação materna e a capacidade da resposta materna ao seu filho prematuro, diminuindo o impacto de sintomas psicológicos negativos que ela pode experimentar.</p>
2	O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação	João Nogueira e Manuela Ferreira	2012	<p>Existe de uma melhoria na ligação emocional entre o pai e o bebé se os profissionais de saúde promovessem o envolvimento do pai na gravidez, nomeadamente através do acompanhamento da grávida às</p>

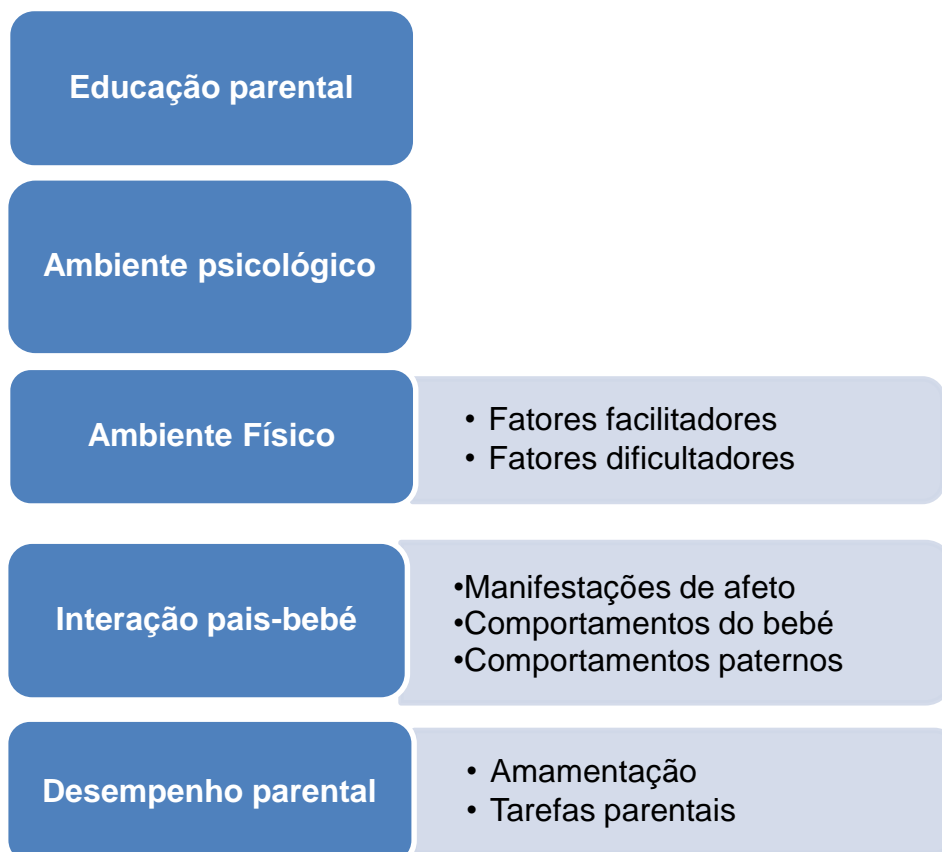
	emocional com o bebê		consultas de vigilância da gravidez, nos preparativos para o nascimento do bebê, na leitura de informação sobre o desenvolvimento fetal, no envolvimento do pai no parto estando atento às suas expectativas e proporcionando o corte do cordão umbilical após o nascimento. No que se relaciona com o facto de o pai ajudar a cuidar do bebê no pós-parto, este estudo não encontrou relação com a ligação emocional do pai ao bebê. No que se refere à evolução da ligação emocional entre o pai e o bebê foi encontrada relação entre a ligação emocional do pai com o bebê na gravidez e a sua ligação emocional no 1º e 3º dia pós-parto.
3	Early physical contact between a mother and her NICU infant in two university hospitals in Finland	Anna Axelin, 2013 Hannakaisa Niela-Vilén, Sanna Satanterä, Liisa Lehtonen, Outi Tammeis, Raili Salmelin, Reija Latva	Os fatores descritos como facilitadores e promotores do contato físico precoce mãe-bebê prematuro no bloco de partos são os enfermeiros e as práticas pediátricas, a estabilidade clínica do recém-nascido, a promoção de interações precoces entre o recém-nascido prematuro e a mãe, a amamentação e o pedido da mãe para segurar no seu filho. Os obstáculos que impedem o contacto físico precoce entre o prematuro e a mãe no bloco de partos são a instabilidade clínica do recém-nascido, o parto por cesariana, a

				instabilidade materna, a anestesia efetuada e os profissionais de enfermagem e pediátricos (principalmente a falta de tempo por parte destes). Também é clara a associação entre o contacto físico precoce na sala de partos entre mães e recém-nascidos prematuros e o início da amamentação.
4	Chegada inesperada: A construção da parentalidade e os bebés prematuros extremos	Laiz Cypriano, Elzimar Pinto	2011	Como resultados foram encontradas 3 categorias: o nascimento do bebé (do planeamento à chegada inesperada); a chegada ao ambiente novo (a unidade neonatal e a sua equipa) e a parentalidade. Constatou-se a importância da presença dos pais na unidade neonatal, como um fator indispensável ao fortalecimento da vinculação dos pais aos seus bebés. Assim, deve ser estimulada por parte dos profissionais de saúde a permanência dos pais junto do prematuro e o seu envolvimento nos cuidados, estimular o contacto físico, o toque, contacto pele-a-pele e o aleitamento materno (seja por sonda, copo ou diretamente na mama) são cuidados importantes para a vinculação dos pais ao bebé prematuro.

A análise de conteúdo, efetuada às notas de campo (Apêndice VIII), teve como linhas orientadoras a análise de conteúdo segundo Jorge Vala (2001). Durante a análise é feita uma ilustração com fragmentos das notas de campo e não da sua totalidade,

articulando-os com excertos teóricos, conferindo assim, uma vertente mais prática a esta análise. De forma a garantir o anonimato dos participantes, as notas de campo foram codificadas com letras (por exemplo: NC1 – nota de campo 1). O quadro seguinte constitui um resumo dos principais temas obtidos, suas categorias e subcategorias.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias identificadas nas notas de campo



A primeira categoria que se evidenciou da análise das notas de campo foi a **educação parental**, que nos remete para a informação prévia sobre maternidade prematura, educando os pais com expectativas realistas do parto prematuro, assim como das características dos seus bebés, ensinando-os a interagir com os seus filhos nestas condições adversas. Acerca desta subcategoria foi feita a seguinte referência nas notas de campo:

“(…) questioneei-a se a maternidade prematura a assustava e se tinha consciência das consequências desta prematuridade tanto para os pais como para o bebé. A utente respondeu afirmativamente esclarecendo-me que durante o internamento tinha obtido informação do que era um parto prematuro e das características do bebé prematuro.

Informou-me ainda que teve também a possibilidade de visitar a unidade neonatal do hospital e familiarizar-se com recém-nascidos prematuros (...) senti que, o facto do parto prematuro, para esta mulher ser um evento provável possibilitou que no término da sua gestação esta pudesse preparar-se, física e psicologicamente, encontrando-se munida de uma panóplia de informações que iria possibilitar a vivência do momento de forma plena e satisfatória” (NC3)

Também na revisão sistemática da literatura esta categoria evidencia-se, uma vez que, segundo Evans, Whittinghan & Boyd (2012), deverão ser levadas a cabo intervenções que promovam a vinculação materna incentivando o apoio psicológico de forma a melhorar as relações afetivas da grávida, disponibilizando informação sobre parto pré-termo, para possibilitar expectativas realistas da maternidade prematura às mães de recém-nascidos pré-termo. Isto poderá potencialmente melhorar a vinculação materna e a capacidade da resposta materna ao seu filho prematuro, diminuindo o impacto de sintomas psicológicos negativos que ela pode experimentar.

A categoria **ambiente psicológico** remete para a importância do desenvolvimento de um meio hospitalar protetor e promotor da vinculação mãe-bebé, diminuindo o ambiente intervencionista e institucionalizado do trabalho de parto e parto a nível hospitalar, favorecendo-se a proximidade e presença da figura paterna durante esse momento. Trabalhar o ambiente para as pessoas se encontrarem disponíveis, estar em relação umas com as outras, envolve neste caso o acolhimento ao pai na sala de parto. Como é referido nas notas de campo:

“(...) esta ausência das pessoas significativas no momento do parto juntamente com facto de o bebé “nascer antes do tempo” (sic), estava a deixá-la aterrorizada e em pânico (...) sugeri que, antes de mais ela realizasse um telefonema para um familiar significativo, pois senti que poder ouvir uma voz familiar era importante para ela naquele momento, diminuindo assim a sensação de estar a vivenciar sozinha aquele marcante momento da sua vida. A utente falou com o marido e ficou mais calma (...)” (NC1)

“(...) pediu para o seu companheiro estar presente durante todo o trabalho de parto e nascimento.” (NC3)

Também na revisão sistemática da literatura esta categoria se encontra presente, uma vez que, existe uma melhoria na ligação afetiva entre o pai e o bebé se os profissionais

de saúde promoverem o envolvimento do pai na gravidez, nomeadamente através do acompanhamento da grávida às consultas de vigilância da gravidez, nos preparativos para o nascimento do bebé, na leitura de informação sobre o desenvolvimento fetal, no envolvimento do pai no parto estando atento às suas expectativas e proporcionando o corte do cordão umbilical após o nascimento (Nogueira & Ferreira, 2012).

Acredito também que devem ser avaliados pelo EEESMO durante o parto e trabalho de parto, a presença de fatores psicossociais (desemprego, depressão prévia, problemas conjugais/familiares) e obstétricos (parto pré-termo anterior, história de aborto anterior, patologia associada à gravidez) que interfiram no bem-estar da parturiente e na sua disponibilidade para a interação precoce com o seu bebé. Assim o profissional poderá fornecer estratégias para a parturiente/casal ultrapassarem obstáculos e sentirem confiança nas suas competências parentais. Por conseguinte, o facto de o EEESMO estar sensibilizado para esta multiplicidade de fatores, possibilita a deteção precoce de riscos para a vinculação, e encaminhamento destas situações, como está contemplado no RCEEEESMOG na Unidade de competência H 4.2.2 (OE, 2010^a).

A terceira categoria que se evidenciou da análise das notas de campo foi o **ambiente físico** que, de acordo com as utentes era importante na promoção da sua relação com os seus bebés prematuros. Dentro desta categoria podem ser destacadas duas subcategorias - fatores facilitadores e fatores dificultadores.

Os **fatores facilitadores** são referidos pelos pais como características privilegiadas que o ambiente deverá possuir no momento do trabalho de parto e parto que favoreça a capacidade de vinculação entre os pais e o bebé prematuro. Esta categoria pode ser evidenciada nas notas de campo quando é mencionado o desejo dos pais de colocar música ambiente no trabalho de parto e privacidade na altura do nascimento:

“(...) a utente pediu-me para colocar música ambiente suave e tranquila(...)”(NC1)

“(...) apenas queriam que dentro do quarto na altura do nascimento estivessem eles, eu e o meu enfermeiro orientador.”(NC2)

Como **fatores dificultadores** são elementos que o meio envolvente possui que os pais sentem que são fatores adversos para a relação entre eles e o bebé prematuro. Esta categoria está presente nas notas de campo quando são mencionados a intenção de diminuir a luminosidade e o ruído existente:

“ (...) a utente pediu-me para (...) diminuir a intensidade da luz” (NC1)

“(...) o parto decorresse sem confusões e barulhos.” (NC2)

“(...) durante o 1º estágio do trabalho de parto pediram-me que diminuísse a intensidade da luz(...)” (NC4)

Tal como foi anteriormente referido, a vivência da transição para parentalidade consolida-se durante o trabalho de parto, sendo este muitas vezes, pautado por fatores de stress próprios do ambiente hospitalar, do desconforto e prolongamento do trabalho de parto em si, e pela ansiedade natural dos futuros pais. As próprias condições ambientais da sala de partos deverão facilitar a comunicação casal/RN, controlando o ruído, temperatura e luminosidade como sugere Lowdermilk & Perry (2008). Também nos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura esta categoria é demonstrada quando é referido defendido por Axelin, Niela-Vilén, Salanterä, Lehtonen, Tammela, Salmilin & Latva (2013), que os fatores facilitadores e promotores do contacto físico precoce mãe-bebé prematuro no bloco de partos são os enfermeiros e as práticas pediátricas, a estabilidade clínica do recém-nascido, a promoção de interações precoces entre o recém-nascido prematuro e a mãe, a amamentação e o pedido da mãe para segurar no seu filho. Os obstáculos que ainda impedem o contacto físico precoce entre o prematuro e a mãe no bloco de partos são a instabilidade clínica do recém-nascido, o parto por cesariana, a instabilidade materna, a anestesia efetuada e os profissionais de enfermagem e pediátricos (principalmente a falta de tempo por parte destes).

Sendo a singularidade de cada transição e modelo parental apreendida na relação interpessoal que o EEESMO estabelece com a parturiente/casal durante a permanência na sala de partos, dotando o EEESMO no estabelecimento da vinculação precoce. Desta forma, de acordo com o RCEEEESMOG (OE, 2010^a), na sua unidade de competência H 3.1, o EEESMO, deverá desenvolver um ambiente seguro durante o trabalho de parto e nascimento, munindo-se de intervenções que promovam o bem-estar e conforto da mulher, recém-nascido e conviventes significativos.

Relativamente à categoria **interação pais-bebé**, ela remete-nos às intervenções que promovem o envolvimento, comunicação e prazer de estarem juntos entre a unidade familiar prematura durante o trabalho de parto e nascimento. Assim, nesta categoria podem destacar-se 3 subcategorias que são: **manifestações de afeto**,

comportamentos do bebé e comportamentos paternos. A subcategoria **manifestações de afeto** relaciona-se com as interações que promovem as primeiras demonstrações de afeto entre pais e filho prematuro, quer seja antes do nascimento, ou após este. Estas manifestações estão presentes quando é referido nas notas de campo:

“(...) o bebé foi colocado pele a pele com a mãe, tendo esta acariciado a recém-nascida e assim permaneceu durante algum tempo”. (NC2)

“(...) o pai cantou canções de embalar para o bebé da mesma maneira que costumava fazer na gravidez.” (NC4)

Também nos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura esta categoria está presente, uma vez que de acordo com Axelin, Niela-Vilén, Salanterä, Lehtonen, Tammela, Salmilin & Latva (2013), são fatores promotores do vínculo mãe-bebé prematuro o contacto físico precoce mãe-bebé prematuro no bloco de partos, a promoção de interações precoces entre o recém-nascido prematuro e a mãe e o pedido da mãe para segurar no seu filho. O processo de vinculação implica afeição, que se inicia no momento em que se planeia ter um filho, que se desenvolve com as experiências que a mãe e o filho vão sofrendo durante a gestação e após o nascimento da criança, em que a mãe passa a conhecer e compreender melhor o filho (Matos, 2010). Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet & Muller-Nix (2011), no seu estudo, concluíram que existem prematuros mais interativos que outros, pelo que estas características específicas também desempenham o seu papel na interação mãe-filho. Os mesmos autores afirmam que bebés cooperativos ajudam as mães a adaptar o seu comportamento interativo de uma forma sensível, apesar da representação problemática do recém-nascido.

A subcategoria **comportamento do bebé** envolve todas as ações, voluntárias ou não, que o bebé prematuro realiza e que irá promover o vínculo entre ele e os pais. Estas intervenções promotoras aparecem referenciadas nas notas de campo;

“(...) pediram igualmente para aumentar o som do CTG para poderem ouvir sempre o batimento cardíaco do bebé claramente.”(NC2)

“(...) o companheiro poder estar sempre em contacto com a sua barriga para que também ele pudesse sentir o bebé.”(NC3)

Em ambas as situações, os pais sentiram o comportamento do bebé (seus movimentos) e o seu batimento cardíaco como aspetos estimulantes da formação de

uma ligação de apego entre eles e o bebé. De acordo com Azevedo & Moreira (2012), os primeiros contactos do feto com o envolvimento são realizados através das reações emocionais da mãe, em relação ao que ela pensa, sente e vivencia, pela forma como cuida de si própria, pelo toque na barriga, pelas conversas que mantém como seu bebé e pelo modo como percebe os movimentos do mesmo. Neste sentido, as alterações neurais, hormonais e humorais da mãe são transmitidas ao feto tendo um efeito direto no seu estado emocional. Estas poderão ser fatores determinantes para o desenvolvimento psicológico e emocional do bebé.

A subcategoria **comportamento parental** cinge-se aos comportamentos apresentados pela mãe ou pai que, no período pré-natal ou pós-natal, irão iniciar e fomentar a sua ligação emocional ao filho. O comportamento parental, descrito nas notas de campo, como potenciador do vínculo afetivo acontece quando é estimulado o primeiro contacto íntimo e privilegiado entre pais e bebé e o corte do cordão umbilical pelo pai/mãe:

“(...) ouvir a voz e ver as imagens do seu bebé que foram enviadas a este pai por telemóvel permitiram que uma proximidade se iniciasse entre o pai e o bebé e se dessem assim os primeiros passos numa relação.” (NC1)

“(...) tendo a utente exteriorizado o bebé após o desencravamento dos ombros(...)” (NC2)

“(...) sendo o meu primeiro contacto com o bebé um momento emotivo e alegre iniciando assim uma relação forte entre nós (sic)” (NC3)

“(...)o pai realizou o corte tardio do cordão umbilical, permanecendo o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe durante a primeira hora de vida.” (NC4)

Segundo Pinto & Cipriano (2011) para promover a vinculação pais recém-nascido prematuro deve ser estimulada por parte dos profissionais de saúde a permanência dos pais junto do prematuro, estimulando o contacto físico, o toque e o contacto pele-a-pele. Brandão & Figueiredo (2012) defendem também, que a experiência do corte do cordão umbilical pelo pai irá aumentar o envolvimento paterno com o recém-nascido, constituindo esta participação benefícios para o pai na capacitação deste nos cuidados ao filho.

A categoria **desempenho parental** engloba os comportamentos parentais que são desenvolvidos no período pós-natal e que promovem o desenvolvimento do papel de pais, assim como, a aquisição de competências parentais. Dentro desta categoria

podem destacar-se duas subcategorias, a **amamentação** e as **tarefas parentais**. Na subcategoria **amamentação** estão inseridos as intervenções que promovem a amamentação, sendo amamentar para além do ato de fornecer alimento ao bebé, também o permite alimentar com afetos, veja-se que:

“(...) desejava amamentar o seu recém-nascido durante a primeira hora de vida.”
(NC3)

“(...) a amamentação surgiu naturalmente durante este contacto íntimo entre a mãe e o bebé.” (NC4)

A subcategoria **tarefas parentais** refere-se aos comportamentos paternos e maternos desenvolvidos no sentido de fortalecerem o seu papel de pais nos cuidados à criança. As intervenções que promovem este aspeto são relativas à inclusão de um dos pais, ou de ambos, nos cuidados ao bebé realizados na sala de partos. Assim, é referido nas notas de campo:

“(...) como a mãe era seropositiva, após o contacto pele a pele o bebé foi levado pelo enfermeiro para lhe dar banho (...) foi permitido ao pai permanecer sempre com o bebé durante todo o procedimento(...)” (NC2)

“(...) gostaria que fosse o pai a vestir a primeira roupa ao bebé e gostaria de tirar uma fotografia do casal com o recém-nascido.” (NC3)

Esta categoria encontra-se também evidenciada na revisão sistemática da literatura uma vez que, segundo Axelin, Niela-Vilén, Salanterä, Lehtonen, Tammela, Salmilin & Latva (2013), existe uma associação clara entre o contacto físico precoce na sala de partos entre mães e recém-nascidos prematuros e o início da amamentação. Pinto & Cipriano (2011) acrescenta ainda que deve ser estimulada por parte dos profissionais de saúde o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, estimular o contacto físico e o aleitamento materno (seja por sonda, copo ou diretamente na mama) são cuidados importantes para a vinculação dos pais ao bebé prematuro.

A complexidade duma transição situacional, geralmente inesperadas e/ou geradoras de instabilidade e desequilíbrio, como por exemplo, a situação de trabalho de parto e nascimento, requerem uma definição ou redefinição dos papéis a que a cliente/família está envolvida (Meleis, 2010), que se transformam numa necessidade de adaptação à nova realidade/situação, na qual o enfermeiro poderá ser o facilitador. Lembre-se que, a promoção desta adaptação do recém-nascido, prematuro ou não, ao meio extrauterino, assim como a promoção da vinculação precoce mãe/pai/bebé,

salvaguardando a segurança, bem-estar e saúde mental da tríade, são competências específicas do EEESMO, como está regulamentado na Unidade de Competência 3.1 do RCEEEESMOG (OE, 2010^a).

Em conclusão, após a análise dos resultados obtidos, pode-se aferir, que a forma como a parturiente/casal se irão vincular ao seu bebé prematuro antes e após o nascimento, é influenciada pela atuação do EEESMO, através da interação que desenvolve com eles, suportando a vivência tranquila e satisfatória do trabalho de parto e parto, e premiando a participação ativa dos pais no processo de nascimento dos seus filhos.

Assim, como intervenções promotoras da vinculação entre os pais e o bebé prematuros pode-se destacar:

- A promoção da educação/preparação dos pais para a parentalidade prematura (através de informação sobre o desenvolvimento fetal, partos prematuros e características de bebés prematuros) possibilitando expectativas realistas;
- A promoção de um ambiente facilitador do vínculo afetivo, quer psicológico (envolvendo o pai na gravidez e no parto, estando atento às suas expectativas e possibilitando o corte o cordão umbilical do recém-nascido), quer físico (através no controlo da luz e ruído ambiente, possibilitando a existência de privacidade, promovendo a estabilidade materna e do bebé, facilitando o contacto físico precoce e maximizando as práticas profissionais promotoras da vinculação) que permita o desenvolvimento do vínculo entre pais e bebé prematuro;
- Promoção da interação precoce entre os pais e o bebé prematuro através de intervenções que possibilitam as demonstrações de afeto entre os intervenientes (tocar, cantar, embalar), comportamentos dos pais (contacto físico/contacto pele-a-pele, corte do cordão umbilical) e do bebé (batimentos cardíacos, movimentos fetais, comportamentos do bebé perante os pais) facilitadores do vínculo afetivo;
- Promoção do desenvolvimento das competências parentais na amamentação e no desenvolvimento das tarefas parentais (envolvimento no vestir do bebé e nos cuidados prestados a este).

3.3. Considerações éticas

Nesta etapa, prevê-se que todo o trabalho esteja em conformidade com os princípios éticos. Para tal, necessita ser explícito o consentimento e autorização de todas as pessoas, serviços e instituições envolvidas (Fortin, Côté & Filion, 2009). É importante que se esteja atento e consciente dos direitos dos indivíduos, de modo a que possam tomar as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Os códigos de ética determinam cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, Côté & Filion, 2009). Segundo Fortin, o direito à autodeterminação tem por base o princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (Fortin, Côté & Filion, 2009). Para proteger o direito à intimidade é necessário assegurar que se é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. O direito à intimidade diz respeito à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. O direito ao anonimato na baseia-se confidencialidade, é respeitado, se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais (Fortin, Côté & Filion, 2009). No direito a um tratamento justo, os participantes tem direito a serem informados sobre a natureza, o fim, a duração e os métodos utilizados para o qual é solicitado a sua participação. No direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, deve ter-se em conta as regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este mesmo direito é baseado no princípio da beneficência (Fortin, Côté & Filion, 2009).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, o princípio da justiça relaciona-se a dar a cada um o que lhe é devido, na conformidade com o direito (legalidade) e sendo uma proporção (igualdade); justiça é a igualdade dos direitos, quer sejam juridicamente estabelecidos ou moralmente exigidos (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). A autonomia diz respeito à liberdade de fazer escolhas relativamente ao que interfere à vida de cada um (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). A beneficência é um

princípio ético que defende a realização do bem e evitar o dano/mal (Sorensen & Luckmann, 2007). A não maleficência é um princípio ético segundo o qual não se deve infringir dano ao outro. (Sorensen & Luckmann, 2007). Assim, o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais (Fortin, Côté & Filion, 2009). Deste modo, é essencial que sejam protegidos o bem-estar das instituições e populações envolvidas (princípio da beneficência), de modo a que, nenhum dos elementos do processo que seja prejudicado (princípio da não maleficência). A participação de todos os elementos deve ser voluntária, através da obtenção do consentimento informado (princípio da autonomia). Deve ser assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da beneficência e justiça.

Enquanto enfermeira tenho o dever de observar os valores humanos e proteger os direitos da pessoa; de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; de cuidar com excelência e assegurar a continuidade de cuidados à pessoa; de informar, porque a pessoa tem direito à autodeterminação; de sigilo, porque a pessoas tem direito à confidencialidade e à proteção da sua vida privada e de atentar aos sentimentos de pudor e interioridade, porque a pessoa tem direito à intimidade. Também, no decorrer deste estágio, para além da prestação de cuidados especializados com base na evidência científica pesquisa e recolhida, foi realizada uma observação participante com registo documental sob a forma de notas de campo, para os quais foram tidos em conta todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes à investigação com seres humanos e os acima referidos. Em conclusão, na realização deste trabalho adotei sempre uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

3.4. Limitações do relatório

No decurso do presente trabalho procurei assegurar o máximo rigor metodológico em todas as suas etapas, tendo, contudo, identificado algumas limitações/dificuldades que sinto necessidade de referenciar.

Ao realizar este relatório foram emergindo algumas dificuldades, nomeadamente em contexto prático, a carga horária que contemplava as presenças no estágio acrescido às minhas funções enquanto enfermeira de cuidados gerais, originou por vezes falta de motivação, cansaço e desânimo. Claro que estes sentimentos podem ter influenciado o meu percurso e condicionar as minhas escolhas. A gestão de todos estes sentimentos e escolhas efetuadas durante o percurso realizado, nem sempre foram fáceis, mas sinto que, uma vez ultrapassadas algumas destas dificuldades, me possibilitou momentos de crescimento pessoal e profissional, neste processo formativo enquanto futura EEESMO.

A principal limitação sentida foi a escassez de oportunidades de prestar cuidados nas situações definidas. Uma vez que unicamente contactei com 4 situações de nascimentos pré-termo durante o decurso do estágio. Esta limitação não foi facilitadora para o meu percurso de aprendizagem mas tentei ultrapassá-la, aproveitando todas as oportunidades possíveis para trocar impressões com os EEESMO do serviço, procurando perceber quais as estratégias que utilizam e transmitindo os conhecimentos que foram adquiridos através da evidência científica, numa perspetiva de formação informal entre pares. Outra limitação sentida foi a minha inexperiência na elaboração e concessão de um trabalho que aplicasse a metodologia de revisão sistemática da literatura e de análise de conteúdo. Confesso que esta inexperiência conduziu-me a indecisões e momentos de insegurança, que foram experienciados durante o percurso efetuado e que foram superadas com recurso a novas pesquisas bibliográficas.

Na perspetiva da metodologia escolhida, este trabalho apresenta limitações que se relacionam com o facto de os seus resultados não serem passíveis de generalização, uma vez que, as conclusões que dele emergem se reportam a situações delimitadas e particulares. Este trabalho privilegiou, nos seus eixos de análise, a perspetiva dos pais de recém-nascidos prematuros sobre as intervenções que promoveram a sua vinculação aos filhos durante a gravidez, parto e pós-parto, deixando na obscuridade

a perspectiva dos enfermeiros sobre essas mesmas intervenções, os quais terão outras percepções que ficam por desvendar.

3.5. Contributos do trabalho e sugestões para a área da prestação de cuidados

Primeiramente considera-se que, um dos contributos a que este trabalho conduz será a reflexão e posteriores ações por parte dos enfermeiros que exercem funções na área materno-infantil, nos locais onde os ensinamentos clínicos se desenvolveram. Nomeadamente no que toca aos cuidados que prestam, assim como a futuras ações de formação para enfermeiros, onde sejam abordadas temáticas/intervenções promotoras de vinculação entre os pais e o recém-nascido prematuro durante a gravidez, parto e pós-parto, favorecendo o cuidar holístico dessas unidades familiares. Todas estas ações conduzem ao maior entendimento da natureza da vinculação dos pais ao bebé prematuro, tendo como objetivo o aumento e aperfeiçoamento, a eficiência e eficácia das intervenções do enfermeiro. Nesta linha de pensamento, a compreensão e reflexão sobre a promoção de vinculação no processo de transição associada à parentalidade, origina o aumento do conhecimento da própria transição e promove também o desenvolvimento de intervenções de enfermagem congruentes com as experiências únicas das famílias que as vivenciam, possibilitando respostas saudáveis à transição, originando o crescimento e desenvolvimento adequado e saudável das famílias. Neste ponto, penso que, este trabalho viabiliza os cuidados de enfermagem tendenciosamente holísticos, assim como viabiliza o encontro e a abertura para o Outro, beneficiário dos cuidados de enfermagem e perspectivado como o centro do sistema de cuidados. Penso que, este trabalho, poderá viabilizar também a área autónoma de trabalho do enfermeiro, assim como o potencial de intervenção que os enfermeiros especialistas têm nos diferentes locais de cuidados. É incontestável que a qualidade dos cuidados de Enfermagem é influenciada pelo desempenho individual e cada um de nós e pela afirmação das nossas competências profissionais. Um dos meios que o enfermeiro dispõe para demonstrar o valor social da profissão e o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos cidadãos é através da utilização de instrumentos fidedignos, de monitorização e avaliação da sua prática. Deste modo, acredito que com a implementação deste trabalho, a sua monitorização e avaliação, contribuiu, primeiramente, para melhorar a qualidade de cuidados

prestados aos pais e bebês prematuros, mas também para valorizar a intervenção do EEESMO como elemento ativo e dinamizador dos pares, agente facilitador nos processos de transição dos clientes/família e como promotor da investigação em enfermagem. Penso que o convite que me foi realizado pela unidade hospitalar onde realizei os EC I, II, IV, V e o estágio final para integrar a comissão dinamizadora da implementação do cuidado canguru na instituição como estratégia, entre outras, de vincular pais e recém-nascidos prematuros veio consolidar essa mesma visibilidade deste trabalho e o seu impacto nesta instituição de saúde.

No que respeita à investigação, quero acreditar que este trabalho possa contribuir com um referencial convidativo a futuras reflexões sobre as intervenções promotoras da vinculação entre pais e bebês prematuros na prática de cuidados do EEESMO, assim como é igualmente importante, abordar a temática da vinculação relacionada com a humanização do parto.

4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Ser-se enfermeiro, constitui atualmente um desafio acrescido no percurso individual e a ambição de tornar-se EEESMO transforma esse percurso em algo mais exigente e complexo. Esta complexidade provém da especificidade da área de intervenção, da competência e responsabilização, que é exigida ao EEESMO na sua prestação de cuidados junto de uma sociedade cada vez mais consciente e esclarecida dos seus direitos e opções. Assim, é crucial que o EEESMO desenvolva uma postura de abertura às mudanças, compreendê-las, de forma a manter a capacidade crítica de reflexão e poder de decisão, que o torne apto a agir perante novos contextos.

Relativamente às competências do enfermeiro especialista presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010^b) realizo uma descrição e análise destas em relação ao percurso formativo efetuado.

Nas **competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, demonstrei tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, realizando reflexões críticas da prática de cuidados à luz dos princípios, valores e normas deontológicas e à luz do processo de tomada de decisão presente nos diários de aprendizagem. Para tal, saliento o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros como recurso importante na realização dessas reflexões.

No que toca às competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010^b), especificamente as relativas ao **domínio da melhoria contínua da qualidade**, desempenhei um papel de suporte nas iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem naquele contexto. Contribuí para uma melhoria da qualidade dos cuidados através de cuidados que promoveram a vinculação dos pais e recém-nascido prematuro e foram favorecedores do início da amamentação. Pude ainda desenvolver um papel de dinamização através da minha participação na comissão dinamizadora da implementação do cuidado canguru entre pais e recém-nascidos prematuros na instituição como estratégia, entre outras, de vincular pais e recém-nascidos prematuros. Estas práticas foram extremamente pertinentes, tendo em conta as necessidades de melhoria da qualidade dos cuidados

no serviço de urgência e bloco de partos, com vista à reavaliação da creditação como um Hospital Amigo dos Bebés, por parte da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

Relativamente às **competências no domínio da gestão dos cuidados** e tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010^b), foi-me possível o acompanhamento e realização de intervenções de enfermagem relacionadas com a área de gestão, com a enfermeira chefe/coordenadora, no contexto onde realizei o Estágio, nomeadamente na gestão dos cuidados e recursos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando com a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito às **competências do domínio das aprendizagens profissionais** saliento as intervenções de reflexão das práticas de cuidados patentes no estágio, assim como nos restantes contextos dos outros EC, através da elaboração de diários de aprendizagem e sínteses reflexivas de modo a basear a praxis clínica na mobilização e integração de padrões de conhecimentos.

A International Confederation of Midwives (ICM) define o termo "competências" como uma afirmação dos cuidados, bem como dos conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários da parteira para a prática segura, recorrendo sempre ao princípio da evidência científica como base de sustentação dos cuidados prestados (ICM, 2010). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010^b), o enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstram também níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Com a realização deste trabalho, as competências específicas que pretendi adquirir e desenvolver, com base nas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010^a), são:

- H 2) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- H 3) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- H 4) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Em contexto de **urgência obstétrica e ginecológica** no estágio, pude colaborar na realização da triagem e admissão das utentes, participando na colheita de dados de saúde, no exame físico, na realização de exames complementares de diagnóstico (colheita de sangue e outros espécimes para análise), realização de cardiotocogramas e ensinamentos/educação para a saúde das utentes. Os motivos principais de ida ao serviço de urgência foram muito diversificados como algias pélvicas, incertezas sobre a existência de uma gravidez, presença de infeções urinárias, remoção de dispositivos intrauterinos (DIU), início de trabalho de parto, amenorreias, hemorragias vaginais, abortos espontâneos e infeção da sutura abdominal.

No acolhimento da utente neste serviço, realizei sempre uma entrevista inicial, que foi antecedida de uma breve apresentação da minha parte, no sentido de esclarecer a utente/família acerca da pertinência da minha presença e da demonstração de toda a disponibilidade para os ajudar. Estas ajudas que oferecia não se centravam apenas no cuidado da sua dimensão física, mas também a nível psicológico. Assim, pude avaliar e apoiar as utentes no seu processo psicológico, para que a sua adaptação à situação de saúde fosse corretamente integrada. A relação terapêutica é muito importante, por este motivo, tentei sempre estabelecer uma relação empática para que a mulher/casal tivesse confiança no profissional de saúde e assim pudesse esclarecer as suas dúvidas. Esta relação foi conseguida através de um ambiente calmo e tranquilizador para a mulher/família, demonstrando-me sempre disponível para esclarecer todas as suas dúvidas sem qualquer juízos de valor.

Durante o meu estágio foram inúmeras as utentes que se dirigiram ao serviço de urgência com o intuito da confirmação de uma gravidez. O diagnóstico da gravidez faz também parte da competência do EEESMO. Este pode ser determinado por vários métodos, por diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza) ou por confirmação laboratorial, com exame de urina ou sangue ou ainda com a realização de uma ecografia ou mesmo a auscultação dos batimentos cardíacos fetais. Eram executados exames de colheita de urina para urocultura e detetada a presença na urina e no sangue da Hormona Gonadotrofina (HCG) (Davidson, London & Ladewig, 2010). Após a confirmação da data da gravidez, o EEESMO tem competência para prever a data provável para o parto (DPP). Portanto, calculei a DPP considerando em primeiro lugar a data da última menstruação (DUM) que também é utilizada para determinar a idade gestacional. Tendo em conta o que a OE preconiza, os meus

cuidados relacionaram-se também com a informação e orientação sobre as medidas de suporte para o alívio dos desconfortos da gravidez e ao mesmo tempo pude conceber planejar, implementar e avaliar intervenções que visavam a adaptação à gravidez e a deteção de desvios ao padrão normal. Segundo o Ministério da Saúde (2012), o EEESMO tem como funções avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez. À medida que o estágio foi progredindo, devo referir que fui adquirindo maior autonomia e nas várias situações aperfeiçoamos o pensamento crítico, na prestação de cuidados, bem como na realização de registos de enfermagem, procurando sempre, aprofundar os conhecimentos, com base na evidência científica mais atual, relativa às patologias mais frequentes.

O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher, **durante o período pré-natal**, visando a promoção do bem-estar materno-fetal, foi um dos grandes objetivos deste estágio, tendo tido oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia, internadas para vigilância na sala de partos. No contexto onde desenvolvi os meus cuidados, as patologias mais frequentes foram a Ameaça de Parto Pré-Termo, Pré-Eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial (crónica e induzida pela gravidez), Síndrome de HELLP e Colestase Gravídica. Além do desenvolvimento e aquisição de competências na área da patologia materna, este estágio também permitiu desenvolver o pensamento crítico, através da reflexão e da pesquisa científica sobre as diversas situações que nos foram surgindo, para sermos capazes de dar respostas alicerçadas na evidência científica, garantido a excelência dos nossos cuidados.

O planeamento e implementação do processo de enfermagem foram delineados após a avaliação da situação da grávida com complicações e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Assim, foi desenvolvido e implementado um plano de cuidados tendo em conta a especificidade de cada caso e os resultados em saúde pretendidos para cada mulher/família. Os cuidados implementados na minha prática em estágio, basearam-se na promoção do bem-estar físico materno-fetal, prevenção e controlo de complicações, evitando possíveis sequelas. De todas as intervenções

realizadas, enfatizo a importância de oferecer suporte emocional à grávida e família. Nestas situações, além dos cuidados técnico-científicos, é primordial a educação para a saúde, também referida como competência essencial do EEESMO pela ICM (2010) quando refere que se deve usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada. Desta forma, procurei informar sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia, sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, sempre adequadas à idade gestacional e necessidades identificadas em cada situação, como é descrito nos critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010^a) quando defende que se deve informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco e informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos sentidos. É nesse sentido que o EEESMO participa, tendo um papel importante na transmissão de informação referente a esta e outras temáticas, promovendo assim, uma tomada de decisão livre e esclarecida da mulher/ casal durante o período de hospitalização.

O diagnóstico de alto risco na gravidez, impõe uma crise situacional na família e na vida da mulher, o que por vezes não satisfaz as expectativas do casal, as normas culturais, sociais ou familiares (Lowdermilk & Perry, 2008). Acredito que, cuidar em saúde materna e obstetrícia centra-se não só no bem-estar físico da mulher, mas também no bem-estar psíquico e emocional quer da mulher, quer da família. A presença de situações que coloquem em risco a vida da grávida e do feto, faz com que a mulher fique mais vulnerável a nível emocional, principalmente em relação ao medo sobre o seu estado de saúde e o medo de morte fetal. As mulheres com gravidezes de risco necessitam de cuidados não só a nível físico, mas também ao nível emocional. É necessário transmitir confiança, e o EEESMO deve criar uma relação de empatia e de confiança com a mulher, o seu parceiro e familiares. Assim, durante o estágio esforcei-me para que o meu processo de cuidar fosse pautado pelo estabelecimento de relações empáticas adotando comportamentos que demonstrassem respeito pela dignidade das pessoas e pela promoção das condições necessárias para o cuidado do seu corpo e mente. No sentido de promover o bem-estar físico e emocional da grávida na sala de partos, procurei conhecer o que a mulher espera dos cuidados de saúde, o que encontra, o que considera importante e o que sente, como está a vivenciar esta fase da sua vida, possibilitando-me assim

adequar a assistência às necessidades da mulher, melhorando o nível de satisfação e a qualidade dos cuidados prestados. Relativamente a isto, Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000) afirma que o desafio para os enfermeiros é entender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes na ajuda aos clientes, para que recuperem a saúde, estabilidade e sensação de bem-estar. A relação que se estabelece no decorrer das interações entre o enfermeiro e a grávida/casal deverá ser o de uma parceria, devendo a mulher ter o papel central em todos os aspetos do cuidar, transportando o cuidado de enfermagem no âmbito do Estar Com. Assim, durante o estágio procurei compreender a grávida e o casal, conhecer o significado desta transição nas suas vidas e as necessidades/problemas que possuíam. Desta forma, aproveitei todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade, pois a autonomia e responsabilização parental serão os pilares de uma parentalidade responsável e gratificante.

Devo ainda acrescentar que, durante o estágio, desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências técnico-científicas no cuidado especializado à mulher e acompanhante, nomeadamente na avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2010^a), através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da deteção precoce de sinais de alerta e referência à equipa multidisciplinar das situações para além da minha área de atuação, cooperando com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez (OE, 2010^a).

Neste contexto a realização de cardiotocografia (CTG) foi uma prática utilizada nas grávidas com complicações que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez. A evidência demonstra que o CTG é importante durante o trabalho de parto e parto, mas não é útil em determinar o estado do feto após o nascimento (Kaban, Cengiz, Kaban, Özcan & Karakas, 2012). No entanto, verificamos que era importante a realização da cardiotocografia na vigilância do trabalho de parto, principalmente nas grávidas com patologia associada, no sentido de avaliar o bem-estar fetal. Portanto, considera-se que é fundamental avaliar cada situação de forma individualizada (Kaban, Cengiz, Kaban, Özcan & Karakas, 2012). A utilização do CTG intraparto é uma técnica que comporta grandes possibilidades de ajudar o EEESMO a avaliar o bem-estar fetal,

segundo Graça (2010), a monitorização do CTG intraparto apresenta as seguintes vantagens: registo contínuo, em suporte de papel da FCF e das contrações uterinas, avaliação da variabilidade da FCF, deteção e identificação dos padrões periódicos, vigilância de vários fetos, e a possibilidade de rever o comportamento da FCF durante todo o trabalho de parto (Graça, 2010). A monitorização contínua pode constituir uma desvantagem, uma vez que, de acordo com Devane, Lalor, Daly, McGuire & Smith (2012) não há evidência que comprove que haja vantagens na realização de CTG durante a admissão, podendo mesmo esta monitorização aumentar a probabilidade de realização de cesariana, já que os dados encontrados podem apresentar falsos riscos.

Em todos os cuidados especializados que prestei procurei obter o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, promover a privacidade da grávida e acompanhante, bem como prestar apoio psicológico sempre que necessário. Para que a grávida receba todo o apoio psicológico necessário fez-me sentido incluir o pai nos cuidados prestados, assim, promovi a sua participação na implementação de medidas de conforto, relaxamento e alívio da dor (através da realização de massagem, alternância de decúbitos e técnicas de respiração) e no apoio emocional à grávida (através da sua presença constante durante o trabalho de parto e nos reforço positivos verbais e não verbais)⁹.

O parto é um dos momentos mais marcantes de todo o processo de maternidade/paternidade. Segundo a APEO & FAME (2009), o parto, na vida de um(a) mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, é um evento marcante. De acordo com o Projeto “Pelo direito ao parto natural: uma visão partilhada”, o trabalho de parto e nascimento, assenta nos seguintes pressupostos, o nascimento é um processo fisiológico, só se devendo intervir para corrigir desvios da normalidade. Desta forma os profissionais de saúde que nela participam são a garantia de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2012^b).

No desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e

⁹ Alguns estudos de Carvalho (2001) e Klaus, Kennell & Klaus (2000) demonstram que para a parturiente a participação do pai durante o TP significa uma fonte de apoio importante e estas avaliam a sua companhia de forma positiva, por trazer a sensação de segurança e conforto.

acompanhante, **durante o trabalho de parto**, emerge igualmente a necessidade de abordar e refletir sobre a intervenção do EEESMO, que busca uma prática baseada na evidência, no sentido de promover um ambiente seguro otimizando a saúde da parturiente e feto/recém-nascido.

Para cada mulher o ato de “Parir” constitui, sem sombra de dúvida, uma nova etapa na sua vida, repleta de emoções e sensações que diferem mesmo que a experiência se repita. Como refere Meleis (2010) para a prática de Enfermagem mais humanizada, científica, compartilhada e holística e para se alcançar um processo de transição saudável, o enfermeiro tem de ter um profundo conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da pessoa e das famílias ao longo do seu ciclo vital, das adaptações aos momentos importantes e das dificuldades que provocam instabilidade. Assim, durante a relação estabelecida com as parturientes tentei através da comunicação conhecer a pessoa que estava em interação comigo, compreendendo a sua unicidade e agindo para que esta desenvolva recursos para alcançar/manter a sua saúde e bem-estar.

Tornar o parto uma experiência única e inesquecível de forma positiva, foi um dos meus objetivos. Assim, se a mulher tivesse um plano de parto, era sempre utilizado como prioridade. Quando os profissionais têm em conta as preferências da mulher/casal durante o seu parto, estes sentem-se mais seguros e respeitados (Fitzgerald, 2011). Segundo este autor, os aspetos como as técnicas de alívio da dor, o posicionamento durante o parto, a opção de ingerir ou não alimentos entre outras opções, como os rituais religiosos ou culturais, contribuem para uma experiência de parto positiva. A ligação de confiança que se estabelece entre a grávida/enfermeira e o sentimento de respeito aumentam a capacitação da utente contribuindo para a diminuição da sua ansiedade e proporcionam resultados mais positivos no parto (Bell, 2012).

A aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (OE, 2010^a) foi a atividade mais esperada e desejada durante o ensino clínico pois é a fase mais emotiva do trabalho de parto. Senti-me privilegiada por ter partilhado este momento pessoal e íntimo com mulheres e acompanhantes, promovendo, sempre que possível, a vinculação precoce, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante e o contacto pele-a-pele logo após o parto. Realizei 53 partos eutócicos de forma autónoma (Apêndice X), sob a supervisão do EEESMO orientador e assisti e apoiei

mais de 30 partos que por diversas razões foram distócicos (incompatibilidade feto-pélvica, sinais de sofrimento fetal, variedade fetal pouco favorável, entre outros), tendo nestes casos sido maioritariamente utilizada a ventosa.

Refletindo sobre o período expulsivo, existem diversas posições maternas que podem ser adotadas, cada uma delas com vantagens e inconvenientes. Sinto que o mais importante e adequado é encorajar a mulher a escolher a posição mais cómoda para ela, permitindo-lhe tomar uma decisão informada e esclarecida. Assim, durante o período expulsivo, orientei as parturientes a explorarem o seu corpo, incentivando-as a interpretar as mensagens que este lhe transmite e a experienciarem diferentes posições para realizarem esforços expulsivos. Relembro ainda que, está comprovado que as posições que a mulher adota dependem de alguns fatores, nomeadamente, do fator cultural.

Mas como refere Meleis, a pessoa é um ser humano com necessidades, em constante interação com o ambiente e que tem capacidade para se adaptar a esse ambiente. Baseando a minha prática nesta premissa, assim quando as utentes entravam em período expulsivo e referiam “vontade de fazer força”, deixar a parturiente sentir o seu corpo e deixá-la fazer força livremente e da forma como necessita¹⁰. Seguindo a mesma linha de pensamento, durante o meu estágio, utilizei a episiotomia de forma seletiva¹¹, privilegiando sempre o períneo intacto. Para tal, tive de vencer alguns receios e ter uma maior aprendizagem e confiança no corpo da mulher.

Relativamente à dor sentida e experienciada pelas parturientes durante o trabalho de parto esta é pessoal, com características específicas e a sua vivência única, assim pareceu-me importante respeitar e avaliar corretamente esta entidade promovendo o seu alívio através da utilização de várias técnicas. Neste contexto, verifiquei que a analgesia epidural é a medida mais requisitada pelas parturientes para o alívio da dor. Este estágio deu-nos a possibilidade de lidar com grávidas de diferentes culturas, o que levou à possibilidade de lidar com diferentes respostas à dor. Neste sentido, o EEESMO deve avaliar os efeitos fisiológicos da dor na mulher e estar atento às suas

¹⁰ Uma revisão da literatura realizada por Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez (2010) demonstra que quando a parturiente faz força dirigida com a manobra de Valsalva diminui a duração da segunda etapa do parto, mas ao mesmo tempo compromete o intercâmbio gasoso materno-fetal, com descidas do pH médio da artéria umbilical e índices de Apgar mais baixos ao primeiro e quinto minuto de vida. Estes autores referem também que a prática rotineira de fazer força dirigida com a manobra de Valsalva pode ter efeitos prejudiciais na integridade do pavimento pélvico já que se relaciona com a aparição de incontinência urinária e fecal aos três meses após o parto. Por estes motivos, fazer força de forma espontânea e livre parecem ser melhores (Álvarez-Burón & Arnedillo-Sánchez, 2010).

¹¹ Numa revisão de literatura na Cochrane sobre a prática da episiotomia no parto vaginal, conclui-se que o seu uso limitado se associa a um menor risco de morbilidade, incluindo traumatismos perineais posteriores, necessidade de sutura e complicações na cicatrização dentro dos sete primeiros dias (APEO & FAME, 2009).

palavras, para descrever as qualidades subjetivas/adjacentes e sensoriais da sua dor (Lowdermilk & Perry, 2008). Pude, também, constatar, que na maioria dos casos, a analgesia epidural quando administrada na fase ativa do trabalho de parto e associada a outras medidas (métodos não farmacológicos para o alívio da dor), tais como: liberdade de movimentos¹², duche, massagem compressiva na região sagrada, utilização da bola¹³ e realizar esforços expulsivos em posição de cócoras, promovem o relaxamento da mulher, originando uma regularização na frequência das contrações¹⁴. No entanto, para que as parturientes pudessem optar por estas medidas não farmacológicas de alívio da dor, foi necessário que a informação que forneci durante o trabalho de parto não se restringisse apenas às vantagens e desvantagens da analgesia epidural, mas que incluísse também todas as opções existentes.

Também foram desenvolvidas competências na realização do partograma, que é uma representação gráfica do trabalho de parto, que permite acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar as alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, evitando intervenções desnecessárias (Filho & Montenegro, 2010), identificar os problemas e as prioridades e planejar as intervenções ajustadas a cada situação.¹⁵

Uma das competências do EEESMO é determinar a viabilidade da progressão do feto por via vaginal e avaliar os diâmetros da bacia. O exame vaginal ao longo do trabalho de parto é ainda uma prática realizada de forma rotineira durante o intraparto. Segundo (Shepherd & Cheyne, 2013), os exames vaginais rotineiros levam a intervenções desnecessárias. A avaliação da progressão do trabalho de parto através do toque vaginal, com determinação da dilatação e extinção do colo uterino, foi uma área na qual investi desde o início do estágio, já que esta reveste-se de extrema importância na execução do parto. Neste exame físico, através das manobras de Leopold, determinei a apresentação e situação fetal para determinar o ponto de auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF). Monitorizei as contrações uterinas e

¹² A deambulação e a mudança de decúbitos para além de aumentarem o conforto da parturiente promovem a descida fetal e a circulação uteroplacentária (Lowdermilk & Perry, 2008)

¹³ Para promover a mobilidade e o relaxamento pélvico, facilitadores do trabalho de parto, deve incentivar-se a parturiente, quando esta se mostrava recetiva, a utilizar a bola de parto, (Lowdermilk & Perry, 2008).

¹⁴ A mobilidade durante o trabalho de parto ajuda a mulher a enfrentar a sensação dolorosa. Assim como a utilização de água quente durante a dilatação induz a mulher ao relaxamento, reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação. (APEO & FAME, 2009).

¹⁵ A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbilidade e mortalidade materna e fetal. O objetivo do partograma é fornecer uma visão pictórica do trabalho de parto, para alertar o obstetra e o EEESMO dos desvios da saúde materna ou do bem-estar fetal (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon, & Gyte, 2012).

através do exame vaginal determinávamos a dilatação e extinção do colo uterino, o plano em que a apresentação se encontrava, o estado das membranas amnióticas e a avaliação do líquido amniótico, no caso de haver rotura de membranas. Durante a realização deste exame físico, preocupei-me sempre em manter a privacidade e a confidencialidade da parturiente, conquistando a sua confiança e minimizando a ansiedade. Assim, com as múltiplas experiências que tive durante este estágio consegui ultrapassar, o que senti ser uma dificuldade no início do mesmo.

Em conclusão, sinto que o parto como um processo natural, privado, familiar e feminino, passou a ser vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais a conduzir este processo. Este facto favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser a protagonista do parto¹⁶. Com o intuito de melhorar a prática de cuidados, cabe ao EEESMO, caminhar para uma prática baseada na humanização dos cuidados à mulher no parto, ou seja, humanizar o parto é tornar a mulher protagonista desse evento, dando-lhe liberdade de escolha, respeitando a sua autonomia e dignidade. Perante esta problemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com o parto normal, preconizando como objetivo da assistência ao parto, que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário (Patah & Malik, 2011).

De salientar ainda que, durante este estágio do trabalho de parto procurei promover a vinculação dos pais ao recém-nascido através da interação precoce dos pais com o bebé (colocação do bebé em contacto pele-a-pele com a mãe, palavras/gestos maternos e paternos de afeto para com o bebé), participação da mãe/pai no corte do cordão umbilical e registo do momento do nascimento.

No desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitem a prestação de cuidados no **período pós-natal**, sinto que devido à minha experiência profissional no serviço de puerpério, o ponto de partida para a aquisição de competências foi diferente. Deste modo, muitas competências já terão sido adquiridas durante o meu percurso profissional anterior, senti contudo que, como especialista pude sedimentar e desenvolver melhor essas competências já adquiridas, baseando

¹⁶ A assistência intervencionista na atenção ao parto tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres (Velho, Oliveira & Santos, 2010). Nos últimos anos, diversos estudos sobre o emprego mínimo de intervenção no parto em mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional (intervencionista), verificaram resultados maternos e perinatais favoráveis (Schneck & Riesco, 2006).

as minhas ações numa prática reflexiva baseada na melhor evidência científica. O pensamento crítico e a capacidade reflexiva representaram uma mais-valia para a mudança de comportamentos/ações consideradas menos adequadas e a valorização de práticas/attitudes favorecedoras de ganhos em saúde e duma conduta profissional especializada na área da Saúde Materna e Obstetrícia. Foi importante não só questionar a prática do EEESMO e da restante equipa de obstetrícia como também aceitar as críticas construtivas com vista ao crescimento pessoal e profissional.

Assim sendo, no quarto estágio do trabalho de parto a promoção da vinculação e do aleitamento materno foram a principal tônica para a promoção e potenciação de competências parentais. Assim, durante este período de pós-parto imediato privilegiei a participação do pai no apoio à parturiente e na prestação de cuidados ao bebé, através da manutenção da interação precoce pais-bebé (através dos gestos, toque, palavras de afeto), na assistência e monitorização no peso corporal do bebé (o bebé era pesado no quarto ao pé dos pais, e era o pai que realizava o transporte do recém-nascido até à balança) e por fim no vestir do recém-nascido (era a mãe/pai que após o término do contacto pele-a-pele vestia o recém-nascido). Considerei extremamente importante capacitar os pais e permitir que se sentissem cómodos e pudessem estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança com o EEESMO, pois pais com conhecimentos e expectativas realistas, enfrentam com maior sucesso as dificuldades (Edwards, 2002) e possuem a probabilidade de vivenciar de forma mais positiva e satisfatória o acompanhamento da parturiente e a interação com o recém-nascido, durante o trabalho de parto.

Tendo consciência da importância do papel paterno no início e manutenção da amamentação, promovi no período pós-parto a colaboração paterna na ajuda e apoio emocional à parturiente durante a amamentação, na identificação de sinais de disponibilidade do recém-nascido para a amamentação, sinais de pega correta na mama, postura adequada e a importância dos reforços positivos verbais e não-verbais (como por exemplo gestos de afeto com a parturiente). Para Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000), as transições resultam de mudanças e transformam-se em mudanças: de vida, saúde, relacionamentos e ambientes. No sentido de facilitar este processo, foquei-me no ensino de cuidados que permitam executar a parentalidade de forma autónoma e melhor possível. O tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso

com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças (Martins, 2008).

Também procurei sempre, transmitir informações sobre sinais e sintomas de complicações no puerpério, a avaliação e verificação da formação do globo de segurança de Pinard, de forma a promover a autovigilância, bem como instruir sobre exercícios de Kegel, numa perspetiva de educação para a saúde, como descrito pela OE (2010^a) quando refere que o EEESMO —concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. Visitei algumas puérperas no serviço de internamento, no dia a seguir ao parto, de forma a avaliar os cuidados por mim prestados e reforçar a Educação para a Saúde realizada na Sala de Partos, procedendo também à observação do períneo, numa perspetiva de avaliação da qualidade das técnicas de reparação, verificando, com satisfação, a boa evolução cicatricial e qualidade das episiorrafias e sutura de lacerações por mim realizadas. Estas visitas foram muito gratificantes, pois validei alguns cuidados ao recém-nascido e à puérpera, informando, orientando e apoiando a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho (OE, 2010^a) e também, obtive alguns reforços positivos por parte das puérperas acerca dos cuidados por mim prestados.

Resta-me apenas salientar a unidade de competência H 3.1.4) pela sua clara ligação à temática abordada neste trabalho, sendo que esta preconiza que a enfermeira especialista concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido.

Também a International Confederation of Midwives (ICM) estabelece o desenvolvimento de competências, que abrangem os cuidados pré-concepcionais, os cuidados pré-natais, os cuidados à mulher ao recém-nascido em trabalho de parto e os cuidados à mulher, recém-nascido e família no pós-parto (ICM, 2010). As competências definidas pela ICM são:

- ✓ Competência nº1 - As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé;
- ✓ Competência nº3 - As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez;

✓ Competência nº 4 - A parteira presta cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto;

✓ Competência nº 5 – A parteira presta cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o pós-parto (ICM, 2010).

O nascimento pré-termo ocorre de forma inesperada e abrupta, não estando os pais preparados para este acontecimento. Desta forma, nasce uma nova tríade: pais prematuros – bebé pré-termo. Penso que é neste contexto que, enquanto enfermeiros especialistas, somos chamados a desenvolver aptidões de afetividade nos cuidados prestados, fator que poderá desencadear um processo de vinculação entre os pais e os filhos prematuros. Segundo Brazelton (1994) os estudos realizados por Klaus e Kennell demonstraram que estes enfermeiros devem possuir um duplo objetivo, não apenas centrado no cuidado ao bebé, mas também desenvolver empatia com os pais, ajudando-os a vincularem-se ao bebé. Assim, acredito que enquanto EEESMO, devemos melhorar as condições para que todas as mães tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para o vínculo materno e cuidados adequados do filho, que se irão traduzir em ganhos em saúde.

No âmbito da Saúde Materna, os cuidados de enfermagem podem contribuir para a prevenção e promoção da saúde da população, permitindo um investimento no futuro. É no contexto da prevenção da doença e promoção da saúde que ao intervir na promoção da vinculação na gravidez, parto e pós parto destas tríades prematuras que se poderá prevenir disfunções familiares. Segundo John Lind citado por Kennell (1995) a família nasce na sala de partos sendo que, os laços afetivos familiares podem ficar facilmente perturbados e alterados para sempre no pós-parto imediato. Assim, a promoção da vinculação dos pais ao bebé prematuro, para além de contribuir uma dinâmica familiar saudável vai igualmente contribuir para o desenvolvimento da criança. Por fim, acredito que, ao realizar intervenções que promovam a vinculação dos pais ao bebé prematuro, estar-se-á também a investir numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que os cuidados passam a ser mais humanizados e personalizados.

Por fim, acrescento apenas que hoje em dia, a tomada de decisão faz parte do exercício profissional dos enfermeiros, implicando uma abordagem sistémica e sistemática. Neste processo os enfermeiros identificam as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas ao seu cuidado, prescrevem as intervenções de

enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Na tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, têm em conta a investigação na sua prática. A experiência obtém-se sobretudo no confronto das noções teóricas e pré-concebidas, com situações reais que acrescenta novos aspetos e formas diferentes de encarar, enquadrando-a e melhorando-a. A teoria proporciona o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é mais complexa e possui muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria (Benner, 2001). Assim, o enfermeiro especialista pode ser considerado também um perito. O perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação. Age a partir de uma compreensão profunda da situação global. Contudo, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é considerada fundamental para atingir estas capacidades (Benner, 2001).

O trabalho de Patricia Benner apoia-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus e Dreyfus de 1980, este modelo preconiza a passagem por cinco níveis distintos: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Estes diferentes níveis representam alterações que ocorrem aquando da aquisição de competências, e a minha aquisição e desenvolvimento de competências situa-se no nível de proficiente. No nível proficiente há a capacidade de análise das situações na sua globalidade. É capaz de através das diversas experiências anteriores, antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória. Neste nível existe a capacidade de atuação sobre o problema, sem a análise exaustiva de todas as hipóteses. O enfermeiro proficiente consegue compreender a situação com a qual se depara, utiliza algumas máximas que adquiriu através da sua experiência e aplica-as de forma a resolver a situação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso acadêmico e profissional foi pautado por uma evolução do meu desempenho como futura enfermeira especialista. Este desenvolvimento de competências teve como base a reflexão, pois a experiência, para ser formativa, tem de ser conceitualizada, refletida (Alarcão, 2001) e a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência (Abreu, 2007). O percurso efetuado permitiu-me alargar horizontes face à complexidade de uma prática baseada na evidência e da investigação em enfermagem, nascendo assim um desafio de conquista e descoberta.

A metodologia de projeto centrada na resolução de problemas permite a aquisição de capacidades e competências de características pessoais, pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real (Guerra, 1994). Desta forma, acredito ser essencial que estes projetos acompanhem de forma constante o nosso percurso pessoal e profissional, levando-nos à resolução de alguns problemas que se levantam em determinado momento concreto da nossa existência. Assim, ao planear, desenvolver e implementar este trabalho enquanto estudante, tornei-me o ator principal neste processo de formação, onde se pretendeu o desenvolvimento de uma aprendizagem, ativa, dinâmica, autónoma e responsável possibilitando um maior desenvolvimento pessoal e profissional futuro.

Este trabalho constituiu ainda, um instrumento de reflexão, problematização e alargamento de conhecimentos dentro da temática escolhida, a partir da qual foi possível compreender mais detalhadamente as intervenções possíveis nos vários contextos de atuação na área da Saúde Materna e Obstétrica, de modo a promover-se a vinculação na adaptação ao processo de parentalidade.

Como resultados pode-se destacar as seguintes intervenções promotoras da vinculação entre os pais e o bebé prematuros:

- Preparar os pais para a parentalidade prematura possibilitando expectativas realistas;
- Possibilitar um ambiente, psicológico e físico, facilitador do vínculo afetivo entre pais e bebé prematuro;
- Promover a interação precoce entre os pais e o bebé prematuro através de intervenções que possibilitem as demonstrações de afeto e desenvolvam comportamentos vinculativos nos pais e no bebé;

- Incentivo ao desenvolvimento das competências parentais tanto na amamentação como nas tarefas parentais.

Com os resultados obtidos durante a realização deste trabalho, apercebi-me que as intervenções desenvolvidas pelo EEESMO quando promove a vinculação entre pais e bebés prematuros durante a gravidez, parto e pós-parto são simples, fáceis de concretizar e sem custos acrescidos. Esta simplicidade da maioria das estratégias para prestar cuidados de enfermagem especializados facilitadores do processo de vinculação entre os pais e o recém-nascido prematuro, fez-me questionar as nossas realidades de cuidados e os motivos pelos quais não são realizados mais cuidados verdadeiramente promotores da vinculação da família neste seu início. De facto, ao promover a vinculação desde os primeiros instantes de vida, está-se a suportar o exercício parental, gerando maior qualidade de vida nas famílias, e também a participar na construção de um futuro melhor para o recém-nascidos, a proporcionar o advento de condições mais favoráveis ao desenvolvimento pleno de todas as suas capacidades, e na globalidade a proteger as crianças, pilar da nossa sociedade e futuro. Assim, compreendi, ainda como o EEESMO tem um papel fundamental e uma responsabilidade acrescida pela sua formação no apoio ao desenvolvimento da parentalidade e como mediador da vinculação familiar, com todos os benefícios futuros que daí advêm para a saúde familiar. Acredito ainda, que este projeto possibilitou também o desenvolvimento de capacidades reflexivas e críticas sobre as práticas, tão fundamentais para a melhoria do desenvolvimento profissional.

Fica o desejo que, o meu olhar sobre o tema da criação de laços afetivos entre os pais e o recém-nascido prematuro não seja indiferente a todos aqueles que com ele contactarem e que os toquem, de alguma forma, proporcionando-lhes uma inquietação transformadora que abra novos horizontes no processo de cuidar.

Por tudo o que foi anteriormente referido considero que os objetivos inicialmente propostos na realização deste trabalho foram amplamente alcançados. Em suma, espero que este relatório não seja só o culminar de uma etapa, mas sim também o início de uma nova e aliciante etapa profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.

Albuquerque, M., Coimbra, M., Grilo, A. & Carmaneiro, A. (2009). Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebê. *Revista Referência*, II Série (9), 15-26.

Álvarez-Burón, E. & Arnedillo-Sánchez, M. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesion.* 11 (2), 64-8.

Ananth, C. & Vintzileos, A. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19 (12), 773-782.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009) *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso*. Lisboa: Lusociência.

Axelin, A., Niela-Vilén, H., Salanterä, S., Lehtonen, L., Tammela, O., Salmiln, R. & Latva, R. (2013). Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Midwifery*, 29 (12), 1321-1330.

Azevedo, E. & Moreira, M. (2012). Psiquismo fetal: um olhar psicanalítico. *Diaphora: Revistada Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12 (2), 64-69. Acedido a 20-06-2015. Disponível em <http://www.sprgs.org.br/revista/ojs/index.php/diaphora/article/view/40/49>

Bayle, F. (2006). *Á volta do nascimento*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Bell, K. (2012). Centering Pregnancy: Changing the System, Empowering Women and Strengthening Families. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (1), 70.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2006). *Qualitative Research for Education: An introduction to Theories and Methods*. (4th ed.). New York: Pearson Education group.

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. (3ªed.). 1º vol. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Brandão, S. & Figueiredo, B. (2012). Father's emotional involvement with the neonate: The impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2730-2739.

Brazelton, T. (2004). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. (1995). *O grande livro da criança*. (12ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brito, M. & Pessoa, V. (2006). Um perfil da mãe prematura. In: Melaço, R. *A ética na atenção ao bebé: Psicanálise, Saúde e Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de Risco e Desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.

Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A. & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (2), 53-57.

Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 15-35.

Carvalho, M. (2001). *A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais*. Brasil: Editora Artmed.

Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Davidson, M, London, M. & Ladewig, P. (2010). *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care- 7th Edition*. Pearson, New York.

Devane, D., Lalor, J., Daly, S., McGuire, W. & Smith, V. (2012) Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst* 15 (2) Doi: 10.1002/14651858.

Dias, M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: Melgaço, R.G. *A ética na atenção ao bebé: Psicanálise, Saúde e Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Edwards, L. (2002). *Adaptação à paternidade/maternidade. O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed.

Evans, T., Whittinghan, K. & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant behavior and development*, 35, 1-11.

Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu-30 anos*. 30, 51-58.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 521-539.

Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Filho, J. & Montenegro, C. (2010). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fitzgerald, T. (2011). *Let families write a birth plan*. Patient Education Management.

Fonseca, A. & Magão, M. (2007). Ser mãe de um recém-nascido prematuro: vivências do processo de transição para a maternidade. In: Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human Development*, 87 (1), 21-26.

Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. Lousã: LIDEL.

Gonçalves, E. & Biava, L. (2007). *Manual para Elaboração do Relatório de Estágio Curricular*. Acedido a 20-06-2015. Disponível em <http://www.chapeco.isfc.edu.br/site/pdfs/ManualElaboRelEstCurricCEFETSC.pdf.html>

Guerra, I. (1994). Introdução à metodologia projecto. Lisboa: CET.

Guimarães, G. & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição de Enfermagem, *Texto Contexto Enferm*. 16(4), 626-235.

Heinowitz, J. (2005). *Pais grávidos: a experiência da gravidez do ponto de vista dos maridos*. São Paulo: Cultrix.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

Hsu, H. & Fogel, A. (2003). Stability and transition in mother-infant face-to-face communication during the first 6 months: a microhistorical approach. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1061-1082.

Instituto Nacional de Estatística (2014), Acedido a 10-5-2014. Disponível em: <http://www.ine.pt/>

International Confederation of Midwives (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010. The Hague: International Confederation of Midwives, 2010*. Acedido a 20-05-2015. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Justo, J. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia, Teoria, Investigação e prática*, 2, 307-332.

Kaban, A., Cengiz, H., Kaban, I., Özcan, A. & Karakas, S. (2012). The success of cardiotocography in predicting permanent outcome. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2 (3), 168-171.

Kennel, J. (1995). Tornar-se família – ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In Gomes-Pedro, J. (1995). *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Klaus, M., Kennell, J. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lafuente, M. & Aparici, M. (2009). *Papel del padre durante el embarazo y el parto*. Barcelona: Mayo Ediciones.

Lavender, T., Hofmeyr, G., Neilson, J., Kingdon, C. & Gyte, G. (2012). *Caesarean section for non-medical reasons at term*. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/>

Loureiro, E. & Figueiredo, B. (2000). Prematuridade e Maus Tratos à Criança. *Infância e Sociedade*, 3, 48-67.

Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem – Críticas estratégias e possibilidades. *Referência - Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 2, 21-31.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.

Maldonato, M. (1986). *Casamento: término e reconstrução*. 2ª edição. Petropolis: Vozes.

Martins, C. (2008). *Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.

Matos, M. (2010). *Concepções de mães e educadoras sobre desenvolvimento infantil*. Universidade Federal de Paraíba. Tese de mestrado não publicada. Brasil.

Meleis, A., Sawyer, LM, Im, EO, Hilfinger Messias, D.K & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28. Acedido a 22-12-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory

Meleis, A. (2007). *Theoritical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2010). *Transitons Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259.

Ministério da Saúde (2012). *Gestação de Alto Risco 5ª Edição Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Nogueira, J. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Referência*, 3 (8), 57-66.

Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. & Machado, M. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline*. 4 (2). Acedido a 20-05-2014. Disponível em <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n2.pdf>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012^a). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Recomendação Nº 02/2012*. Acedido a 20-05-2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2012^b). *Pelo direito ao parto natural. Uma visão partilhada*. Acedido a 02-05-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010^a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido a 20-02-2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010^b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 20-02-2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido a 20-02-2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/paginas/default.aspx>

Patah, L. & Malik, A. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista Saúde Pública*. 45 (1), 185-194. Acedido a 20-11-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023

Pinto, E. & Cypriano, L. (2011). Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebés prematuros extremos. *Psicologia hospitalar*, 9 (2), 2-25.

Pocinho, M. (1999). *A Música na Relação Mãe-Bebé*. Lisboa: Instituto Piaget.

Queiroz, D., Vall, J., Souza, A. & Vieira, N. (2007). Observação Participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista Enfermagem*. 15 (2), 276-283. Acedido a 10-07-2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>

Rappaport, C., Fiori, W. & Herzberg, E. (2008). *A infância inicial: O bebê e sua mãe*. 16ª edição. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Rini, C., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. & Sandman, C. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18 (4). 333-345.

Sá, E. (1992). O dedo de ET. *Pais*, Junho 1992, 42-45;

Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebê*. Lisboa: Fim de século.

Schneck, C. & Riesco, M. (2006) Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte*. 10 (3), 812-818. Acedido a 20-02-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>

Shepherd, A. & Cheyne, H. (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women And Birth: Journal of the Australian College of midwives*. 1 (26), 49-54.

Silva, M. & Lopes, N. (2008). *Comunicação Intrauterina*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem

Sorensen & Luckmann (2007). *Enfermagem Fundamental – Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Strebert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência.

Vala, J. (2001). A análise de Conteúdo. In: Silva, A. & Pinto, J. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª edição. Porto: Edições Afrontamento.

Valente, A. & Seabra-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (1), 1-7.

Valizadeh, L., Ajoodaniyan, N., Namnabati, M., Zamanzadeh, V. & Layegh, V. (2013). Nurses' viewpoint about the impact of Kangaroo mother care on the mother-infant attachment. *Journal of Neonatal Nursing*, 19, 38-43.

Velho, M., Oliveira, M. & Santos, E. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira Enfermagem*. 63 (4), 652-659.
Acedido a 20-2-2015. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023

World Health Organization (2012). Acedido a 20-03-2015. Disponível em
<http://www.who.int/>

APÊNDICES

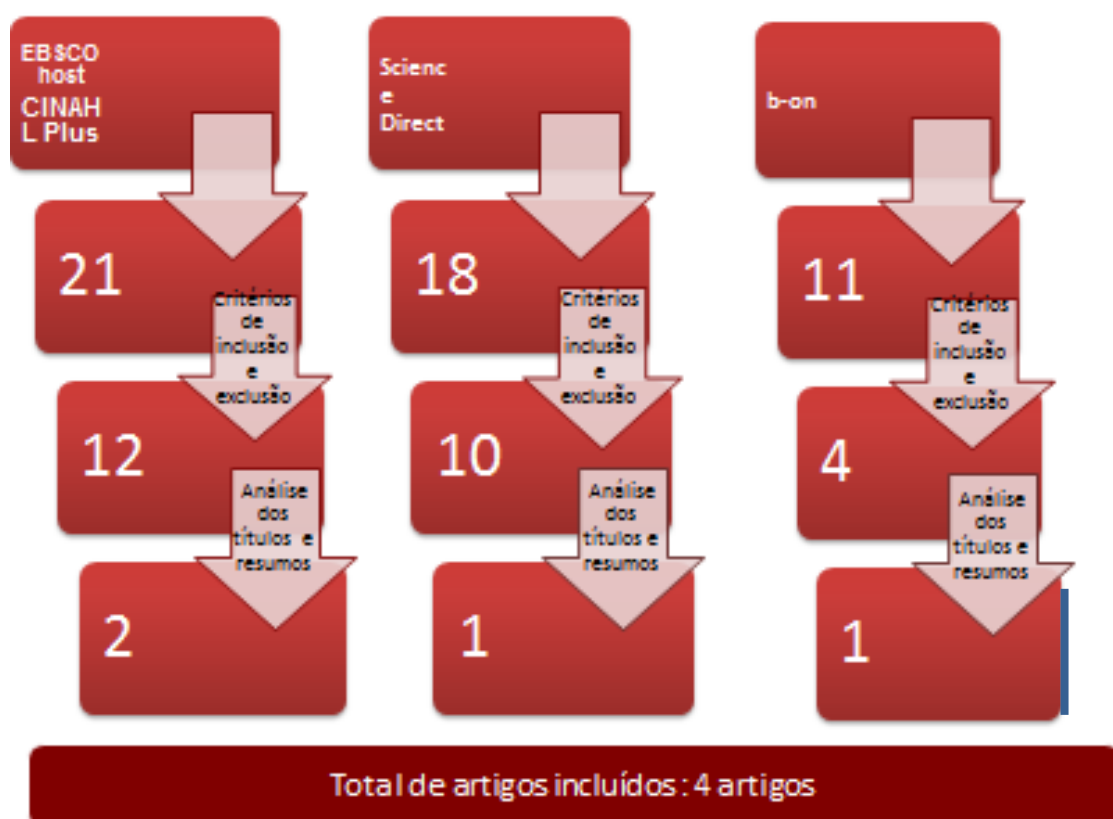
**APÊNDICE I – Construção da pergunta que norteou a Revisão Sistemática da
Literatura**

P	Participantes	Mãe / Pai / Bebê Prematuro
I	Intervenção	Intervenções de Enfermagem
C	Comparação	-----
O	Resultados	Promoção da vinculação

APÊNDICE II – Critérios de Inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
<p>Estudos e/ou literatura que indiquem, descrevam e/ou explorem a vinculação dos pais ao prematuro na gravidez, parto ou pós-parto. Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2010. Literatura de referência. Disponibilidade do texto em <i>full text</i>.</p>	<p>Estudos e/ou literatura que não indiquem, descrevam e/ou explorem a vinculação dos pais ao prematuro na gravidez, parto ou pós-parto. Estudos associados com situações com patologias clínicas. Artigos escritos noutras línguas, que não o Português, Inglês ou Espanhol. Artigos publicados antes do ano 2010. Artigos repetidos nas bases de dados consultadas. Indisponibilidade do texto em <i>full text</i>.</p>

APÊNDICE III – Fluxograma



APÊNDICE IV - Quadro síntese das atividades

Contexto	Objetivos	Tarefa	Atividades	Recursos	Resultados esperados
<u>Contexto temporal</u> Março de 2014 a Julho de 2015	Aprofundar conhecimentos sobre estratégias promotoras de vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto.	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a problemática e definir a questão de partida; - Identificar as palavras-chave e construir a metodologia de pesquisa; - Realizar a pesquisa e fazer a análise crítica dos resultados 	<u>Recursos materiais:</u> bases de dados informatizada; Catálogo bibliográfico da ESEL. <u>Recursos Humanos:</u> Orientação tutorial com docente orientador.	Adquirir conhecimentos suportados pela evidência científica atual, para desenvolver uma prática baseada na evidência.
<u>Contexto físico</u> Serviço de Bloco de partos	- Identificar intervenções de enfermagem promotores da vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto;	Desenvolver em conjunto com a equipa de saúde intervenções que promovam a vinculação dos	- Conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço através de reuniões com enfermeiros de referência e articulação com restante equipa;	<u>Recursos materiais:</u> Revisão da literatura. <u>Recursos Humanos:</u>	Aumentar as intervenções de enfermagem promotoras da vinculação de pais ao bebé

<u>Contexto temporal</u> 3/3/1015 a 10/7/2015	- Realizar ações que promovam a vinculação dos pais ao bebé prematuro na gravidez, parto e pós parto; - Capacitar e mobilizar os pais e os profissionais de saúde para desenvolverem ações que beneficiem a vinculação dos pais aos seus filhos prematuros	pais ao bebé prematuro durante o parto	Participar na prestação de cuidados aos casais grávidos; - Explorar juntos dos casais quais as suas dificuldades/necessidades em termos de vinculação com os seus bebés prematuros; - Proporcionar momentos de ensino/esclarecimento aos pais sobre estratégias de promoção da vinculação entre eles e o seu filho prematuro durante o parto; - Apoiar os pais no seu processo de vinculação ao filho prematuro; - Possibilitar informações realísticas sobre a	Docente orientador, equipa de enfermagem, enfermeiro orientador, casais grávidos.	prematuro no parto.
--	---	--	---	---	---------------------

			maternidade prematura, envolver os pais no parto tendo em conta as suas expectativas, proporcionar o corte do cordão umbilical pelos pais, facilitar o contacto físico precoce dos pais com o bebé promovendo a amamentação e interações entre eles e o bebé (ver, tocar, falar, acarinhar, beijar, etc);		
	Mobilizar os profissionais de saúde para desenvolverem ações que beneficiem a vinculação dos pais aos filhos prematuros durante o trabalho de parto.	Desenvolver em conjunto com a equipa de saúde intervenções que promovam a vinculação dos pais ao bebé	- Explorar junto dos profissionais as suas necessidades/dúvidas de formação sobre as estratégias de vinculação dos pais aos bebés prematuros durante o parto;	<u>Recursos materiais:</u> Revisão da literatura. <u>Recursos Humanos:</u> Equipa de enfermagem, enfermeiro	Aumentar as intervenções de enfermagem promotoras da vinculação de pais ao bebé prematuro no parto.

		prematureo durante o parto	- Desenvolver momentos de partilha com os profissionais do serviço sobre estratégias de vinculação dos pais ao bebé prematuro durante o parto.	orientador e docente orientador.	
	- Refletir sobre as práticas clínicas, as vivências e as experiências	Comparar os resultados obtidos através na revisão a literatura com a análise e discussão dos achados colhidos e os resultados obtidos;	- Realizar diários de aprendizagem e notas de campo; - Recolher e analisar os achados;	<u>Recursos materiais:</u> Revisão da literatura e análise de conteúdo segundo Vala (2001).	Melhoria de práticas clínicas

APÊNDICE V – Cronograma

		2014									2015							
		3/14	4/14	5/14	6/14	7/14	9/14	10/14	11/14	12/14	1/15	2/15	3/15	4/15	5/15	6/15	7/15	
Atividades	Pesquisa bibliográfica																	
	Orientação tutorial																	
	Elaboração do projeto																	
	Entrega do projeto																	
	Registo do projeto																	
	Elaboração do relatório																	
Atividades	Serviço de Puerpério e Neonatologia																	
	Conhecer as dinâmicas de funcionamento dos serviços através de reuniões com os enfermeiros de referência e articulação com restante equipa multidisciplinar																	
	Participar na prestação de cuidados especializados aos recém-nascidos prematuros e famílias, tendo em foco a promoção da vinculação																	
	Explorar junto dos pais de prematuros quais as suas																	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	estratégias de vinculação dos pais ao prematuro durante o parto.																		
	Refletir acerca das vivências e práticas enquanto enfermeira																		
	Realizar notas de campo																		

 **Pausas letivas**

**APÊNDICE VI – Quadros síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática
da literatura**

ARTIGO Nº 1		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Titulo	What helps the mother of a preterm infant became securely attached, responsive and well-adjusted?
	Autor(es)	Tracey Evans, Koa Whittingham, Roslyn Boyd
	Ano da publicação	2012
FINALIDADE DO ESTUDO	Questão de investigação	O que ajuda a mãe de um prematuro a sentir-se corretamente vinculada, responsável e bem ajustada?
	Objetivos do estudo	Investigar a relação entre as variáveis preditores de fuga experiencial, satisfação relacional, expetativas pré-natais e o suporte pós-parto com as variáveis critério de vinculação materna, sintomas psicológicos maternos, responsabilidade materna, após o controlo de peso
TIPO DE ESTUDO	Estudo de carácter Quantitativo.	
AMOSTRA	A amostra foi composta por 127 mães de recém-nascidos pré-termo recrutadas a partir de organizações de suporte parental australianos. Os critérios de inclusão foram: a idade gestacional do recém-nascido inferior a 37semanas, idade atual da criança ser inferior a 24 meses, os pais serem casados ou em relação de facto.	
INTERVENÇÕES	Avaliação da relação entre as variáveis preditores de fuga experiencial, satisfação relacional, expetativas pré-natais e o suporte pós-parto com as variáveis critério de vinculação materna, sintomas psicológicos maternos, responsabilidade materna, após o controlo de peso á através de: (1) Realização de questionário demográfico;	

	<p>(2) Realização de questionário de suporte pós-natal;</p> <p>(3) Realização de questionário de expectativas prenatais;</p> <p>(4) Avaliação através da escala de vinculação materna pós natal (Condon & Corkingdale,1998);</p> <p>(5) Avaliação através do instrumento de responsabilidade materno-infantil (MIRI, Amankwaa & Pickler,2007);</p> <p>(6) Realização do questionário aceitação-ação (AAQ, Hayes et al. 2004)</p> <p>(7) Avaliação através da escala de estresse, ansiedade e depressão (DASS21, Lovibond e Lovibond 1995)</p> <p>(8) Realização do questionário do índice de qualidade do relacionamento (RQI, Norton, 1983)</p>
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>Foi criado um questionário-tipo online a partir de um website, tendo sido distribuídos email por 20 organizações de suporte parental pedindo ajuda para o recrutamento da população do estudo. O questionário incluía questões sobre expetativas pré-natais, experiências durante a hospitalização, os seus sentimentos, as estratégias de <i>coping</i>, a relação com o pai da criança e os seus sentimentos atuais sobre a parentalidade. Foram enviadas informação pelo correio para as pessoas interessadas em participar no estudo. A realização do questionário online demorou em média cerca de 20minutos para os participantes. Foi garantido o anonimato dos participantes, tendo sido obtida a aprovação ética dos procedimentos realizados pela universidade de Queensland, escola de psicologia.</p>
RESULTADOS	
<p>Foi demonstrado existir uma relação significativa entre as variáveis fuga experiencial, satisfação na relação, expectativas pré-natais e suporte pós-parto com a vinculação materna, o surgimento de sintomatologia psicologia materna e a responsabilidade materna.</p> <p>Deverão ser levados a cabo intervenções que promovam a vinculação materna incentivando o apoio psicológico de forma a melhorar as relações afetivas da</p>	

gravida, disponibilizando informação sobre partos pré termo, para possibilitar expectativas realistas da maternidade prematura às mães de recém-nascidos pré-termo. Isto poderá potencialmente melhorar a vinculação materna e a capacidade da resposta materna ao seu filho prematuro, diminuindo o impacto de sintomas psicológicos negativos que ela pode experimentar.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ter um parto prematuro pode ter um impacto negativo na vinculação materna, no surgimento de sintomas psicológicos maternos e na responsabilidade materna. Estes efeitos negativos podem ter implicações a curto e a longo prazo, tanto para a mãe como para a criança. Assim, na pratica clinica deverão ser maximizadas intervenções que a vinculação e a responsabilidade materna ao recém-nascido e minimizem o surgimento de sintomas psicológicos nas mães de recém-nascidos pré-termo.

ARTIGO Nº 2		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé
	Autor(es)	João Nogueira e Manuela Ferreira
	Ano da publicação	2012
FINALIDADE DO ESTUDO	Questão de investigação	Quais as implicações do envolvimento do pai na gravidez/parto na ligação emocional com o bebé? Quais os fatores que influenciam a ligação emocional pai/bebé?
	Objetivos do estudo	Verificar a existência da relação entre as variáveis sociodemográficas, o envolvimento na gravidez ou o corte do cordão umbilical com a ligação emocional do pai com o bebé
TIPO DE ESTUDO	Estudo de carácter Quantitativo, transversal, descritivo analítico	
AMOSTRA	A amostra foi não probabilística accidental composta por 222 pais que acompanharam a grávida durante o trabalho de parto num hospital português entre novembro de 2010 e janeiro de 2011.	
INTERVENÇÕES	Aplicação de um questionário e da escala de <i>Bonding</i> validada para a população portuguesa (Figueiredo et al. 2005) em 3 momentos diferentes, no trabalho de parto, no 1 e 3º dia pós-parto.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Foi aplicado um questionário composto por 32 questões e a escala <i>bonding</i> composta por 3 subescalas (<i>bonding</i> positivo, negativo e <i>not clear</i>). Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa <i>statistical package for social science</i> 19.0, utilizando a estatística descritiva e analítica. Foi garantido o anonimato dos participantes e confidencialidade das respostas	

	e foi concedida a autorização do estudo pela comissão de ética do referido hospital.
RESULTADOS	
<p>Foi verificada a existência de uma melhoria na ligação emocional entre o pai e o bebé se os profissionais de saúde promovessem o envolvimento do pai na gravidez, nomeadamente através do acompanhamento da grávida às consultas de vigilância da gravidez, nos preparativos para o nascimento do bebé, na leitura de informação sobre o desenvolvimento fetal, no envolvimento do pai no parto estando atento às suas expectativas e proporcionando o corte do cordão umbilical após o nascimento. No que se relaciona com o fato do pai ajudar a cuidar do bebé no pós-parto, este estudo não encontrou relação com a ligação emocional do pai ao bebé. No que se refere à evolução da ligação emocional entre o pai e o bebé foi encontrada relação entre a ligação emocional do pai com o bebé na gravidez e a sua ligação emocional no 1 e 3º dia pós-parto.</p>	

ARTIGO Nº 3		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Early physical contact between a mother and her NICU infant in two university hospitals in Finland
	Autor(es)	Anna Axelin, Hannakaisa Niela-Vilén, Sanna Satanterä, Liisa Lehtonen, Outi Tammeis, Raili Salmelin, Reija Latva
	Ano da publicação	2013
FINALIDADE DO ESTUDO	Questão de investigação	
	Objetivos do estudo	Descrever e comparar entre dois hospitais da Finlândia, sobre o contato físico precoce entre as mães e os seus filhos pré-termo ou doentes na sala de parto. Avaliação das percepções dos profissionais sobre os fatores, facilitadores, promotores ou impeditivos deste contato precoce. Analisar a associação entre o contato precoce e o início da amamentação.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de carácter Quantitativo.	
AMOSTRA	Foram monitorizados 4060 partos no hospital A e 5243 no Hospital B durante os anos de 2008 e 2009, dos quais 6000 e 1000 dos recém-nascidos respetivamente, necessitaram de cuidados nas unidades de neonatologia. Foram divididos os recém-nascidos pré-termo em duas categorias, os grandes prematuros (inferior às 32 semanas de gestação) e os prematuros tardios (com idade gestacional compreendida entre as 32 semanas e as 36+6semanas)	
INTERVENÇÕES	Foram realizados três questionários, um para ser preenchido pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem, outro pelos pediatras e outro pelas mães de recém-nascidos pré-termo. Foram igualmente recolhidos alguns dados neonatais, tais	

	como, peso à nascença, APGAR, idade gestacional, temperatura, dados de gasimetrias e níveis de pH umbilical, a necessidade de ventilador, CPAP ou oxigénio.
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>A análise dos dados recolhidos foi realizada através do programa SPSS 15.0 e 19.0.</p> <p>Foi obtido a aprovação deste estudo pela comissão ética dos dois hospitais envolvidos e foi assinado o consentimento livre e esclarecidos pelas mães participantes no estudo.</p>
RESULTADOS	
<p>Os fatores descritos como facilitadores e promotores do contato físico precoce mãe-bebé prematuro no bloco de partos são os enfermeiros e as práticas pediátricas, a estabilidade clínica do recém-nascido, a promoção de interações precoces entre o recém-nascido prematuro e a mãe, a amamentação e o pedido da mãe para segurar no seu filho. Os obstáculos que impedem o contacto físico precoce entre o prematuro e a mãe no bloco de partos são a instabilidade clínica do recém-nascido, o parto por cesariana, a instabilidade materna, a anestesia efetuada e os profissionais de enfermagem e pediátricos (principalmente a falta de tempo por parte destes). Também é clara a associação entre o contacto físico precoce na sala de partos entre mães e recém-nascidos prematuros e o início da amamentação.</p>	
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	
<p>A gestão das práticas clínicas precisa de melhorar de forma a ser facilitado o contato físico precoce da mãe com o bebé o mais possível incluindo os recém-nascidos cujo parto foi por cesariana sem que isso signifique colocar em perigo a segurança do paciente. O contacto físico precoce da mãe e o bebé deveria também ser mais regularmente permitido após os procedimentos de reanimação do recém-nascido e antes da sua admissão na unidade neonatal. Ainda não existem <i>guidelines</i> para a realização de contato precoce mãe bebé na sala de partos. No futuro a criação destas <i>guidelines</i> poderia aumentar a realização do contato físico precoce entre os recém-nascidos pré-termo ou doentes e as suas mães.</p>	

ARTIGO Nº4		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Chegada inesperada: A construção da parentalidade e os bebés prematuros extremos
	Autor(es)	Laiz Cypriano, Elzimar Pinto
	Ano da publicação	2011
FINALIDADE DO ESTUDO	Questão de investigação	Quais os fatores envolvidos na construção do processo de parentalidade diante do nascimento de um bebé prematuro extremo internado na UTIN?
	Objetivos do estudo	Investigar a construção da parentalidade em pais de bebé prematuros extremos assistidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal
TIPO DE ESTUDO	Estudo de carácter Qualitativo, descritivo exploratório.	
AMOSTRA	A amostra foi composta por 7 pais (4 mães e 3 pais) de bebés internados na unidade de neonatologia. Dos pais entrevistados, 3 deles eram casais e uma mãe. Os critérios de inclusão foram: pais de bebés prematuros extremos e que estavam internados há pelo menos 15 dias na unidade neonatal.	
INTERVENÇÕES	Foi realizada uma entrevista aberta como forma de colheita de dados.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo segundo Bardin. Foi obtido a aprovação deste estudo pela comissão ética em pesquisa da faculdade brasileira Univix. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes e foi garantido o sigilo profissional dos dados.	
RESULTADOS		
Como resultados foram encontradas 3 categorias: o nascimento do bebé (do planeamento à chegada inesperada); a chegada ao ambiente novo (a unidade neonatal e a sua equipa) e a parentalidade. Constatou-se a importância da		

presença dos pais na unidade neonatal, como um fator indispensável ao fortalecimento da vinculação dos pais aos seus bebês. Assim, deve ser estimulada por parte dos profissionais de saúde a permanência dos pais junto do prematuro e o seu envolvimento nos cuidados, estimular o contacto físico, o toque, contacto pele-a-pele e o aleitamento materno (seja por sonda, biberon ou diretamente na mama) são cuidados importantes para a vinculação dos pais ao bebé prematuro.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Destaca-se o papel fundamental atribuído à equipa de saúde na construção do processo de parentalidade, na medida em que pode minimizar a insegurança dos pais no cuidado ao seu filho gerado, entre outros fatores, pelo ambiente da unidade neonatal.

APÊNDICE VII – Notas de Campo

NOTA DE CAMPO I

Data: 18/3/15

Hora: 22h30 às 8h30

Descrição da situação

A situação que irei descrever teve lugar no turno da noite quando realizei a admissão no serviço de uma grávida com idade gestacional de 36+3 semanas com o diagnóstico secundário de hipertensão induzida pela gravidez e pré eclampsia. No primeiro contacto com a utente apercebi-me que esta se encontrava bastante ansiosa, num estado de quase pânico. Tentei acalmá-la, iniciando uma conversa informal e descontraída com o objetivo de saber qual o motivo que a fazia estar naquele estado. A utente referiu-me que se encontrava em pânico porque este parto se ia realizar numa altura muito diferente da que tinha programado e idealizado. Só contava com o nascimento do seu primeiro filho para o próximo mês, assim o seu marido e a sua mãe (que eram as pessoas que queria que tivessem presentes no nascimento) encontravam-se fora do país em trabalho, deparando-se com a solidão neste importante momento. Esta ausência das pessoas significativas no momento do parto juntamente com o fato de o bebé “nascer antes do tempo” (sic), estava a deixá-la aterrorizada e em pânico. A utente desabafou “Não vou conseguir ter o bebé... ainda por cima um parto destes...desta forma ... sozinha! É muito difícil, não vou conseguir!”(sic). Tentei tranquilizar a utente, sugeri que ela antes de mais tentasse um telefonema para um familiar significativo, pois senti que poder ouvir uma voz familiar era importante para ela naquele momento, diminuindo assim a sensação de estar a vivenciar sozinha aquele marcante momento da sua vida. A utente falou com o marido e ficou mais calma, sabendo que ele já se encontrava a caminho para vir ter com ela. Questionei-a então sob as expectativas em relação ao parto e a noção que tinha de um bebé prematuro. Forneci-lhe então expectativas realistas da maternidade prematura e expliquei as intervenções que poderíamos efetuar durante o trabalho de parto e parto para facilitar a sua relação com o seu bebé e convidei-a a realizar as que sentisse que faziam sentido para si. A utente pediu-me para colocar música ambiente suave e tranquila, diminuir a intensidade da luz e realizar massagens de relaxamento. A utente pediu-me ainda para após o nascimento do bebé telefonar para o seu

marido para que ele pudesse ouvir o choro da seu filho, querendo também registrar o momento através de fotografias do recém-nascido que seriam posteriormente enviadas para o seu companheiro. Acedi ao que a utente me pedia e o trabalho de parto decorreu de forma tranquila, tendo nascido por parto eutócico um recém-nascido do sexo masculino com 2860g e Apgar 1'- 9 e 5'- 10. Após o nascimento do bebé convidei a mãe a cortar o cordão umbilical do seu filho, que a utente fez, seguindo-se do contacto pele a pele de 1 hora entre a mãe e o recém-nascido durante o qual o bebé foi também adaptado à mama. Apesar do pai do bebé não estar fisicamente presente o telefonemas que a utente realizou fizeram com que a distância física se dissipasse e que também ele pudesse experienciar este nascimento. Acredito que ouvir a voz e ver as imagens do bebé que foram enviadas a este pai por telemóvel permitiram que uma proximidade se iniciasse entre o pai e o bebé e se dessem assim os primeiros passos numa relação.

NOTA DE CAMPO II

Data: 20/3/15

Hora: 22h30 às 8h30

Descrição da situação

A situação que passo a descrever aconteceu no turno da noite enquanto acompanhava um casal em trabalho de parto com idade gestacional 36+2 semanas. Esta grávida tinha também o diagnóstico secundário de VIH positivo. Esta era a terceira gravidez do casal embora só tivessem uma filha viva com 9 anos. A segunda gravidez do casal foi gemelar tendo os fetos morrido in útero. A gravidez atual, decorrida após a perda fetal anterior foi vivida com grande ansiedade assim como o trabalho de parto. Inicialmente o contato com este casal foi muito difícil, pois eles estavam muito assustados, ansiosos e até desconfiados nos contatos com os profissionais de saúde e reprimindo as suas emoções. Compreendi que, as suas atitudes e os sentimentos com que viviam este momento eram fortemente condicionados pela vivência anterior de perda e luto. Comecei o meu contacto por lhes explicar que estava ao corrente do que lhes tinha acontecido e se me permitiam que os acompanha-se durante este trabalho de parto. Após a sua resposta afirmativa, questionei-os sobre quais as suas expectativas para este nascimento e quais desejos que queriam que fossem atendidos. Responderam que apenas queriam que dentro do quarto na altura do nascimento estivessem eles, eu e o meu enfermeiro orientador, sem confusões e barulhos gerados pela presença de outros intervenientes (enfermeiros/médicos ou estagiários) uma vez que este momento era vivido com um misto de alegria e medo. Pediram igualmente para aumentar o som do CTG para poderem ouvir sempre o batimento cardíaco do bebé claramente, o que acedemos prontamente. Antecipando possíveis problemas na vinculação com este bebé condicionados pela situação de prematuridade da gestação atual e pela perda fetal anterior esclareci o casal sobre as intervenções/estratégias que poderiam desenvolver para se vincularem ao bebé durante o trabalho de parto e parto. Questionei-os sobre a possibilidade de terem um papel ativo de ambos os membros do casal neste trabalho de parto e assim foram realizadas massagens no trabalho de parto pelo companheiro da utente e apoio deste na realização de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

O parto decorreu de forma tranquila, o parto foi eutócico, sendo o recém-nascido do sexo feminino com peso à nascença 2030g e Apgar 1'- 9 5'-10. Também durante o 2ºestádio ambos os membros do casal puderam participar, tendo a utente exteriorizado o bebé após o desencravamento dos ombros e o companheiro pode cortar o cordão umbilical do recém-nascido. Após o nascimento, o bebé foi colocado pele a pele com a mãe, tendo esta acariciado a recém-nascida e assim permaneceu durante algum tempo (mais ou menos 15 minutos). Após o contacto pele a pele o bebé foi levado pelo enfermeiro para lhe dar banho devido à puérpera ter o diagnóstico de VIH positivo, contudo foi permitido ao pai permanecer sempre com o bebé durante todo o procedimento. O 2ºestádio foi vivido no quarto quase num profundo silêncio pelo casal, existindo no ambiente um misto de expectativa e ansiedade em relação ao nascimento e ao primeiro choro daquele bebé. Foi respeitado este silêncio apenas interrompendo-o para comunicar dados imprescindíveis com a utente. Senti que o silêncio existente era imprescindível para aquele casal pois aguardavam ansiosos por ouvirem o choro “de vida” deste bebé.

NOTA DE CAMPO III

Data: 6/4/15

Hora: 15h30 às 23h00

Descrição da situação

A situação que irei descrever ocorreu no turno da tarde quando realizei a admissão ao serviço de uma utente com idade gestacional 36+2 semanas, proveniente do serviço de medicina materno fetal em trabalho de parto. Esta utente encontrava-se internada no serviço de medicina materno fetal há 3 semanas com o diagnóstico de colo curto e ameaça de parto pré-termo. Esta situação clínica acabou por agravar-se e as medidas implementadas durante o internamento demonstraram-se insuficientes para travar o nascimento prematuro deste bebé. Assim, a utente acabou por entrar em trabalho de parto espontâneo, encontrando-se no 1ºestádio do trabalho de parto.

Quando recebi a utente esta encontrava-se com alguma dor, mas tranquila, revelou-me que durante o internamento tinha assistido a cursos de preparação para o nascimento que existiam na maternidade e que se sentia preparada para este importante acontecimento. Questionei-a se a maternidade prematura a assustava e se tinha consciências das consequências desta prematuridade tanto para os pais como para o bebé. A utente respondeu afirmativamente esclarecendo-me que tinha durante o internamento obtido informação do que era um parto prematuro e das características do bebé prematuro. Informou-me ainda que teve também a possibilidade de visitar a unidade neonatal do hospital e familiarizar-se com recém-nascidos prematuros.

Senti que, o facto do parto prematuro ser para esta mulher um evento provável possibilitou que no término da sua gestação esta pudesse preparar-se, física e psicologicamente, encontrando-se munida de uma panóplia de informações que iria possibilitar a vivência do momento de forma plena e satisfatória. Assim, questionei-a que intervenções promotoras da vinculação mãe-bebé gostaria de realizar durante o seu trabalho de parto e parto. A utente tinha consigo uma lista de itens que gostaria de ver respeitados durante o seu parto, eles eram: o seu companheiro estar presente durante todo o parto e trabalho de parto; manter o som do aparelho de CTG ligado para que pudesse ouvir o sons do batimento cardíaco do bebé; o companheiro poder estar sempre em contacto com a sua

barriga para que também ele pudesse sentir o bebé; não desejava anestesia para que pudesse vivenciar de forma plena o momento; desejava a clampagem e corte tardio do cordão (após deixar de pulsar) e que este fosse efetuado pelo pai; desejava contacto pele a pele logo após o nascimento e se possível durante a primeira hora de vida; desejava amamentar o seu recém-nascido durante a primeira hora de vida; gostaria que fosse o pai a vestir a primeira roupa ao bebé e gostaria de tirar uma fotografia do casal com o recém-nascido.

Após inteirar-me das opções da utente garanti-lhe que íamos tentar cumprir os seus desejos, salvaguardando que se devido ao tipo de parto ou à condição clínica não pudéssemos efetuar alguma das suas vontades iríamos negociar com ela as alternativas. Felizmente o trabalho de parto foi relativamente rápido e o parto decorreu de forma tranquila, tendo sido um parto eutócico com o nascimento de um recém-nascido do sexo masculino com 2320g e Apgar 1'-9 e 5'-10. Durante o trabalho de parto e o parto foi possível satisfazer as opções da utente sendo o feedback fornecido pelo casal bastante positivo pois sentiram que “apesar do nascimento prematuro consegui vivenciar o momento de forma feliz e serena sendo o meu primeiro contacto com o bebé um momento emotivo e alegre iniciando assim relação forte entre nós” (sic).

NOTA DE CAMPO IV

Data: 13/6/15

Hora: 8h00 às 16h00

Descrição da situação

A situação que irei descrever decorreu durante o turno da manhã, quando após receber o turno o meu orientador me informou que iria acompanhar uma grávida que estava em trabalho de parto cuja idade gestacional era 36+5 semanas. Tratava-se de uma utente de classe média/alta que tinha vigiado a sua gravidez com um médico privado e que me informou que desejava parir com a assistência desse médico. Contudo após o decorrer de uma gravidez calma e sem incidentes, naquele dia às 3h da manhã teve uma rutura de bolsa e entrou em trabalho de parto prematuramente. Percebi o seu descontrolo, zanga e desespero por sentir que “este não é o parto que desejava e tinha imaginado” e sentir que “tudo lhe fugia do controlo” (sic). Informou-me que tinha tentado contactar o seu médico obstetra mas este se encontrava fora do país e aconselhou-a a dirigir-se a este hospital e ter aqui o seu parto. A utente estava inconformada com a sua situação referindo varias vezes “Frequentei curso de preparação para a parentalidade para me preparar e poder escolher corretamente onde e como queria que o meu parto decorresse e agora não vou poder ter nada. Este parto não está nos meus planos!”(sic). Tranquilei-a, ajudei-a a lidar com estas emoções destrutivas e permiti que ela visse a situação por outro ponto de vista. Ela detinha imensa informação que lhe permitisse compreender melhor este parto prematuro e as características deste bebé, possuía conhecimento que lhe possibilitasse reformular os seus planos iniciais e em colaboração com os profissionais de saúde poder reformular novos planos que fossem mais ajustados à atual situação. Transmíti-lhe assertivamente que, apesar deste acontecimento inesperado na sua vida e na do seu bebé, ela continuava sob o controlo de toda a situação. Senti que naquele momento reforçar positivamente as suas capacidades de permanecer na liderança do seu parto era importante para esta mulher e para esta família. Pedi que chamassem o marido que se encontrava na sala de espera e pedi para que juntos realizassem um “plano de parto” improvisado para que pudéssemos ter “fio condutor” do seu parto que esta utente tanto presava.

A utente com esta possibilidade recompôs-se e ganhando uma nova coragem elaborou esse plano. Informei ainda a que, as condições envolvem o parto prematuro podem constituir um risco na relação pais-bebé prematuro, pelo que, sugeri que no plano de parto que estava a elaborar pudesse conter intervenções que promovessem a sua vinculação ao bebé. Assim, abraçando o desafio que este parto prematuro constituiu na vida deste casal, eles calmamente conseguiram conduzir o seu trabalho de parto de forma a transformar as iniciais contrariedade em oportunidade.

Durante o 1º estágio do trabalho de parto pediram-me que diminui-se a intensidade da luz, que aumentasse o som do aparelho de CTG de forma a possibilitar a audição dos batimentos cardíacos do bebé, o pai cantou canções de embalar para o bebé da mesma maneira que costumava fazer na gravidez. Respeitei a privacidade que estes momentos íntimos e de comunhão entre os 3 exigem e apenas penetrei no quarto onde a utente se encontrava internada quando era imprescindível fazê-lo. Penso que, a confiança e a descontração que invadiu o casal permitiu que o parto se desenrolasse de forma calma e tranquila e iniciou-se rapidamente o 2º estágio de trabalho de parto. A utente solicitou que gostaria de ser ela a comandar este momento realizando o que sentia ser aquilo que o seu corpo exigia. Assim neste parto senti-me apenas como uma mera espetadora, deixando a utente sentir o seu corpo e seguir a sua linguagem e vontade. A utente pegou no bebé após o desencravar dos ombros sendo ela que exteriorizou o resto do seu corpo. O pai realizou o corte tardio do cordão umbilical, permanecendo o bebé em contacto pele com pele com a mãe durante a primeira hora de vida. A amamentação surgiu naturalmente durante este contacto íntimo entre a mãe e o bebé.

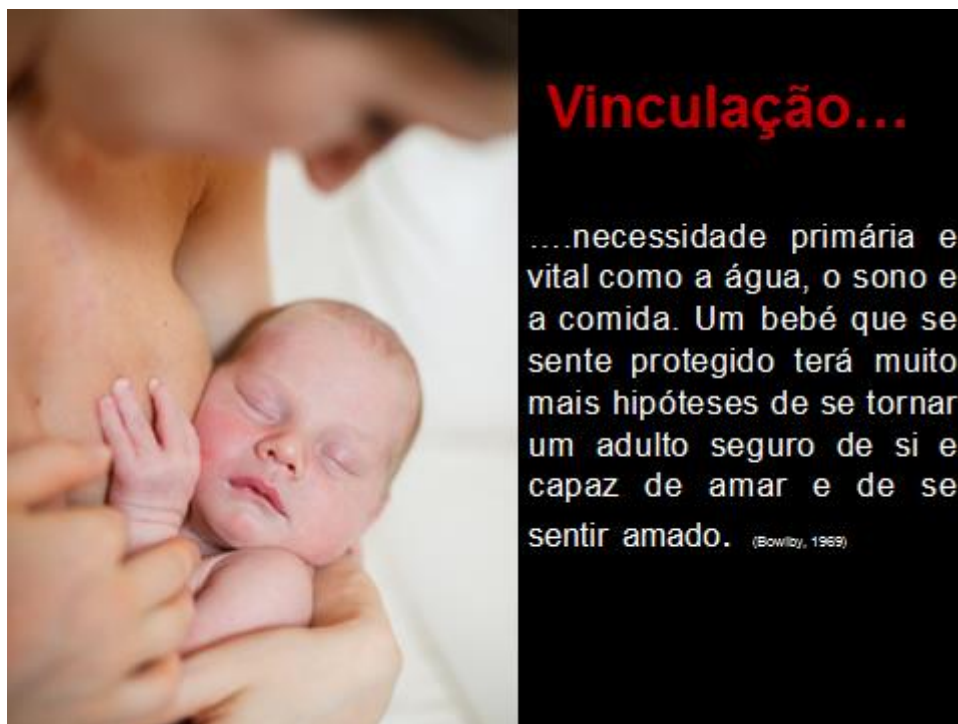
No final, estes pais agradeceram-me pela ajuda fornecida, pois afinal eles sentiram-se responsáveis por este nascimento e pelo início da vida do seu filho e desejavam que este acontecesse de forma tranquila e serena e não da forma confusa e descontroladamente como estavam no início do trabalho de parto. Senti que estes tinham razão porque enquanto pais desempenhamos um papel vital na criação de laços com os nossos filhos e este casal escolheu ter um papel ativo e estimulante.

APÊNDICE VIII – Achados presentes nas notas de campo

INTERVENÇÕES SENTIDAS PELOS PAIS DE BEBÉS PREMATUROS COMO PROMOTORAS DA VINCULAÇÃO COM OS SEU FILHOS DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS PARTO

Nota de campo I	Presença do pai ou pessoa significativa no parto; diminuição do ruído/luminosidade e música ambiente durante o trabalho de parto; contacto do pai com a imagem e voz do recém-nascido (na ausência deste durante o parto); corte tardio do cordão umbilical pela mãe; contacto pele com pele entre mãe e bebé após o nascimento; amamentação após o nascimento.
Nota de campo II	Privacidade no momento do nascimento e diminuição do ruído); audição dos batimentos cardíacos fetais durante o trabalho de parto; exteriorização do bebé pela mãe após o desencravamento dos ombros; corte tardio do cordão umbilical pelo pai; contacto pele com pele entre mãe e bebé após o nascimento; pai permanecer sempre com o bebé em todos os procedimentos efetuados a este.
Nota de campo III	Preparação prévia dos pais para um nascimento prematuro (características do bebé e do parto); presença do pai durante o trabalho de parto e parto; audição dos batimentos cardíacos fetais durante o trabalho de parto; contacto do companheiro com a barriga da grávida para sentir os movimentos fetais; corte tardio do cordão umbilical pelo pai; contacto pele com pele entre mãe e bebé após o nascimento; amamentação após o nascimento; a 1ª roupa do bebé ser vestida pelo pai; Fotografia dos pais com o bebé.
Nota de campo IV	Diminuição da luminosidade; presença do pai durante o trabalho de parto e parto; audição dos batimentos cardíacos fetais durante o trabalho de parto; o pai falar/cantar para o bebé durante o 1º estágio do trabalho de parto; exteriorização do bebé pela mãe após o desencravamento dos ombros; corte tardio do cordão umbilical pelo pai; contacto pele com pele entre mãe e bebé após o nascimento; amamentação após o nascimento.

APÊNDICE IX – Caderno “Promover a vinculação pais-bebê prematuro”





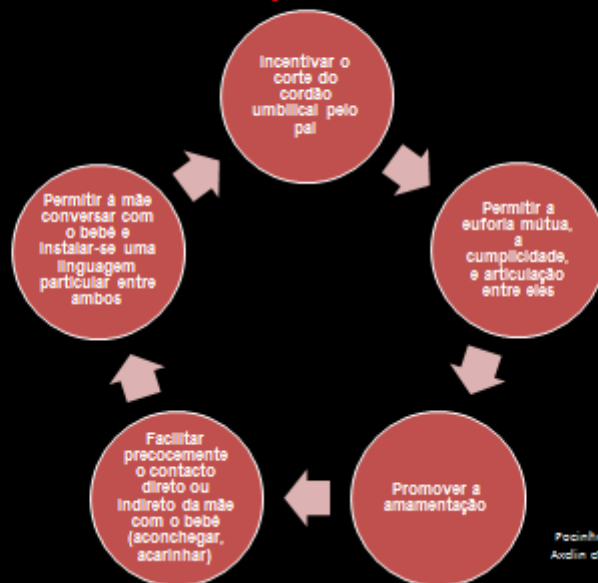
O parto é o **grande encontro** com o bebê real... deve dar-se aos pais e ao bebê um tempo íntimo em conjunto a fim de que a vinculação possa desenvolver-se. (Brazelton, 1992)

Prematuro é todo o bebê que nasce antes das 37 semanas de idade gestacional (OMS)



A prematuridade por si só é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce (Campos, 2000)

Promover a vinculação durante o parto



Pedinho(1999), Seyle(2006),
Ardin et al. (2013)

Corte do cordão umbilical...



A participação do pai no parto e o corte do cordão umbilical parece favorecer a vinculação paterna ao recém-nascido (Brandão, 2009)

Contato direto precoce



"Atuação particularmente envolvente, onde pais e filhos se reencontram, o mais cedo e prolongadamente possível" (Feliciano, 2007)

Os bebés são
totalmente
dependentes das
figuras parentais para
o toque, consolidando
as **ligações de
confiança e
segurança**,
importantes para o
desenvolvimento.

(Brazelton, 1992)





O bebé está destinado a crescer e a desenvolver-se socialmente por meio de contacto e, por toda a sua vida, a manter contacto com os outros... (Ashley Montagu)

Amamentação precoce

A partir do momento em que uma mãe põe pela primeira vez ao peito o filho sabe intuitivamente que, para o bem-estar do bebé, as mensagens de amor que acompanham a amamentação são tão importantes como o próprio leite (Graceton, 2012).





Na **Amamentação** o bebé reconhece o cheiro materno , o calor, o toque, a voz e o som do coração da mãe ao qual reage com alegria (Bertoldo, 2008)



Possibilitar tempo
mútuo de ...

Euforia

Cumplicidade

Conhecimento

Articulação

Momento de comunicação

Entre a mãe e o bebê
instala-se uma linguagem
particular só reconhecível
entre eles (Bayle, 2006)



**Mesmo em caso de cesariana, a mãe poderá
desfrutar de momentos íntimos com o bebê
promotores do vínculo afetivo entre ambos**





AUTORA: Helena Coelho, 5º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ESEL, 2015 **DOCENTE ORIENTADOR:** Luísa Sotto Mayor **ENFERMEIROS ORIENTADORES:** Paula Pereira, Cesar Calado

BIBLIOGRAFIA: Aulin, Anna et al. (2013). Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 2-8; Santos, M. L. *Benefícios Supracardiais do Aleitamento Materno*. In: Hugo Isidor. (Org.). *O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Práticas e Barreiras*. São Paulo: EEL, 2008, v.1; Bowlby, J. (2002). *Atos e natureza do vínculo*. 3ª ed. 14 vol. São Paulo: Martins Fontes Editora; Brazalim, T. S. (2011). *Imersão familiar: O processo de vinculação antes e depois do nascimento*. Labeat Tomemar, Campos, R. (2000). *Processo gravídico, parto e puerpério: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo*. *Análise Psicológica*, 19(1), 15-35; Polivara, P. (2007). *Método Canguru: O processo de vinculação para bebês prematuros*. Coimbra: Alameda;

APÊNDICE X – Quadro das atividades realizadas no Estágio

Partos Eutócicos	53
<u>Nº. de Parturientes às quais foram realizados os seguintes cuidados:</u>	
Realizada analgesia epidural	43
Não Realizada analgesia epidural	10
Realizadas intervenções promotoras de conforto e bem-estar durante o Trabalho parto e parto (hidroterapia, massagens)	48
Realizado Períneo Integro	16
Rotura de Grau I	5
Rotura de Grau II	21
Rotura de Grau III e Grau IV	0
Realizada Episiotomias	11
Realizada Episiorrafia	11
Realizada dequitação natural	52

Partos Eutócicos	53
<u>Nº. de Parturientes às quais foram realizados os seguintes cuidados:</u>	
Contacto pele a pele mãe-bebé durante pelo menos a 1ª hora de vida	53
Amamentação na 1ª hora de vida	47
Corte do cordão umbilical pelo pai	25
Corte do cordão umbilical pela mãe	14
Manutenção de contacto visual contínuo entre pais-bebé durante o puerpério imediato	50

Partos Eutócicos pré termo	4
<u>Nº. de Parturientes às quais foram realizados os seguintes cuidados:</u>	
Contacto pele a pele mãe-bebé durante pelo menos a 1ª hora de vida	4
Amamentação na 1ª hora de vida	3
Corte do cordão umbilical pelo pai	3
Corte do cordão umbilical pela mãe	1
Manutenção de contacto visual contínuo entre pais-bebé durante o puerpério imediato	4